مرجع فى

علم النفس الإكلينيكى للراشدين

تحرير

س. لنيدزاى / ج. بول

ترجمة

صفوت فرج

منتدي علم
النفس
الصحي

مكتبة الأنجلو المصرية

إلى ذكرى والدي

مرجع فى

علم النفس الإكلينيكى للراشدين

تحـــرير

S . J . E . Lindsay and G . E . Powell

س . ل . لنيدزاى ، ج . ى . بول

ترجمة

صـــفوت فـــرج

٢٠٠٠

الأنجلو المصرية القاهرة

١٦٥ شارع محمد فريد - القاهرة

المرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين :

يوفر المرجع فى علم النفس الأكلينيكى للراشدين دليلاً شاملاً وكاملاً لعلم النفس الأكلينيكى الحديث . وقد أصبح علم النفس الأكلينيكى غير مكرس الان كما كان فى السابق لمجرد المجالات التقليدية لعلم النفس العصبى والصحة العقلية . ولكنه يسهم الآن فى الكثير من المجالات الأخرى ، مثل : تحسين الصحة ، والطب السلوكى ، والقضايا المتعلقة بالإدارة المهنية ، وتقويم ومعالجة الدليل الشرعى .

ويغطى هذا المرجع كل هذه المجالات التى تمثل اهتمامات جوهرية للأخصائى النفسى الأكلينيكى ، والمهن ذات العلاقة .

وقد أصبح الاخصائيون النفسيون الإكلينيكيون غير مطالبين بعلاج المرض العقلى والمشكلات المصاحبه الموجعة طبياً فحسب ، بل أصبحوا مطالبين أيضاً بالبحث وإجراء الفحوص ، وتقديم النصيحه فيما يتعلق بعلاج العملاء الذين يحالون إليهم من الأطباء الممارسين ، والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم . يضاف إلى ذلك أن إحدى نقاط القوه فى علم النفس الأكلينيكى هى ذلك الفحص الدقيق الذى يسهم فى العلاج الناجح ، وعلى هذا فقد تميز الفحص والعلاج بوضوح كل منهما عن الأخر فى فصول مستقله بالنسبة لأغلب موضوعات الكتاب ؛ وحيث قام بكتابة كل فصل متخصص فى المجال .

ويمارس أبناء المهن الاخرى فى إطار عملهم الان ، عديداً من الممارسات التى طورها الأخصائيون الإكلينيكيون للراشدين . وسيكون المرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين ذا قيمة ممتازة لكل المهنيين خلال تدريبهم ، مثل الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ، والممرضين والممرضات ، والأطباء النفسيين ، والاستشاريين ، والأخصائيين الاجتماعيين . كما سيكون مرجعاً قيماً أيضاً لأعضاء هذه المهن خلال الممارسة .

يعمل ستان ليندساى Stan Lindsay بمعهد الطب النفسى بلندن .

ويعمل جراهام بول Graham Powell فى قسم علم النفس فى جامعة سيرى Surrey .

المحتــويات

فهرس الجدول والأشكال .... و

المشاركون .... ى

تقديم للبروفسيور س . راخمان .... ك

مقدمه المحرران .... ل

مقدمه المترجم .... م

١ - قضايا الفحص العملية فى علم النفس الأكلينيكى ٢

س . ج . ى . ليندساى ، ج . ى . بول

٢ - مدخل إلى العلاج ٣٩

ج . ى . بول ، س . ج . ى . ليندساى

٣ - فحص الوساوس والأفعال القهرية ٥٧

پ . دى سيلفا

٤ - علاج الوساوس والأفعال القهرية ٨١

٥ - فحص الاكتئاب ١٠٣

ف . ريبر

٦ - علاج الأكتئاب ١٢٥

برندان ب . برادلى

٧ - فحص المخاوف والقلق ١٦٥

س . ج . ى . ليندساى

٨ - علاج المخاوف والقلق ١٩٩

س . ج . ى . ليندساى

٩ - فحص إختلال الوظائف الجنسية ٢٢٩

پ . دى سيلفا

١٠ - علاج إختلال الوظائف الجنسية ٢٤٧

پ . دى سيلفا

١١ - فحص مشكلات التفاعل ٢٦٥

سوزان هـ . سبنس

١٢ – علاج مشكلات التفاعل ٢٩٣
سوزان هـ . سبنس
١٣ – فحص الصراعات الزوجية ٣١٣
ايان بينن
١٤ – علاج الصراعات الزوجية ٣٢٧
ايان بينن
١٥ – فحص الفصام ٣٤١
ديڤيد ر . همسلى
١٦ – علاج الفصام ٣٥٩
ديڤيد ر . همسلى
١٧ – فحص المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى ٣٨١
أ . ج . شالكلى
١٨ – علاج المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى ٣٩٩
١٩ – فحص مشكلات الكحول والمخدرات ٤١٩
مايكل جوسوب
٢٠ – علاج مشكلات الكحول والمخدرات ٤٤٧
٢١ – فحص مشكلات المسنين ٤٧٩
ر . ت . وودز
٢٢ – علاج مشكلات المسنين ٥٠٩
ر . ت . وودز
٢٣ – إعادة التأهيل : فحص ٥٣٣
أ . لافندر ، ف . ن . واتس
٢٤ – إعادة التأهيل : التدخل ٥٤٩
أ . لافندر ، ف . ن . واتس
٢٥ – مقدمة فى علم نفس الصحة ٥٦٥
روبرت أيدلمان
٢٦ – فحص أضطرابات الأكل والوزن ٥٩٥
جين واردل
٢٧ – علاج أضطرابات الأكل والوزن ٦١٩
جين واردل

٢٨ – فحص أمراض الشرايين التاجية والتنفس ٦٤٩
س . بندى
٢٩ – علاج أمراض الشرايين التاجية والتنفس ٦٦٥
س . بندى
٣٠ – فحص اضطرابات النوم ٦٨٣
س . ج . ى . ليندساى ، م . جاهنشاهى
٣١ – علاج اضطرابات النوم ٦٩٩
س . ج . ى . ليندساى
٣٢ – فحص الألم المزمن ٧١٧
شيرلى بيرس ، جوس مايز
٣٣ – المناحى النفسيه لتدبر الألم المزمن ٧٣٧
شيرلى بيرس ، جوس مايز
٣٤ – مقدمة فى علم النفس العصبى والتقييم النفسى العصبى ٧٥٧
جراهام ى . بول ، باربرا أ . ويلسون
٣٥ – المشكلات العصبية : العلاج والتأهيل ٨١٥
باربرا أ . ويلسون ، جراهام ى . بول
٣٦ – الدليل النفسى فى المحكمة ٨٣٧
جيزلى هـ . جد جنسون
٣٧ – منهج دراسة الحالة المفردة فى العلاج النفسى ٨٥٧
ستيفان مورلى
٣٨ – التصميمات البحثية التجريبية ٨٨٣
٣٩ – منهجية الحاله المفرده فى علم النفس العصبى الإكلينيكى ٩٠٧
أ . ج . م . كانا فان
٤٠ – القضايا المهنية فى التسعينيات وما بعدها : ٩٣٣
مطالب جديده ومهارات جديده
كاثرين دولى
ثبت المصطلحات ٩٥٧

فهرس الجداول والأشكال

أ - الأشكال :

١ : ١ نموذج سببى تحليلى وظيفى ١٦

٢ : ١ الأشكال الشائعة للمقاييس الرتبية ٢٩

٣ : ١ مقياس رتبى ذو مقياس ٣١

١ : ٨ التغيرات فى الكدر لدى مفحوص خلال جلسة واحدة للإغراق ٢٠٦

١ : ١٩ أبعاد الاعتماد والمشكلات ٤٣٣

٢ : ١٩ التفاعل بين المخدر والعوامل الفردية / النفسية والعوامل الاجتماعية فى تحديد تأثير المخدر ٤٣٤

١ : ٢٠ مدرج للأهداف العلاجية ٤٥٢

٢ : ٢٠ تأثيرات العلاج والعوامل النفسية والاجتماعية على النتائج ٤٧١

١ : ٣٤ فصوص المخ ٧٦٦

٢ : ٣٤ التلافيف الرئيسية فى المخ ٧٦٧

٣ : ٣٤ صورة مبسطة لخريطة برودمان ٧٦٩

٤ : ٣٤ منظر لوسط المخ ٧٧٠

٥ : ٣٤ تجاويف المخ ٧٧١

٦ : ٣٤ مناطق اللحاء التى تتزود بالدم من خلال الشرايين اللحائية الامامية والوسطى والخلفية ٧٧٢

٧ : ٣٤ المناطق الوظيفية فى اللحاء ٧٧٣

٨ : ٣٤ الممرات اللحائية الرئيسية ٧٧٤

٩ : ٣٤ مقاطع عرضية عبر الفص الصدغى ٧٧٥

١٠ : ٣٤ الأقسام الوظيفية للفصوص الجبهية ٧٨٦

١١ : ٣٤ النظام الطرفى ٧٩٠
١٢ : ٣٤ العقد العصبية ٧٩٢
١٣ : ٣٤ التوصيلات الرئيسية للمهاد ٧٩٢
١٤ : ٣٤ موضع المهاد ٧٩٤
١ : ٣٥ إجراء الخطوط الأساسية المتعددة لتمرينات العلاج الطبيعى ٨٣٠
١ : ٣٧ شكل فحص للقياس – التقييم ٨٦٠
٢ : ٣٧ أداء مينش تحت أربعة ظروف ٨٦٥
٣ : ٣٧ تمثيل بيانى لتحديات جاكسون للدلالة الأكلينيكية ٨٦٨
٤ : ٣٧ تأثير خصائص تباين البيانات على التقييم ٨٧٧
١ : ٣٨ عرض بيان» لبيانات مفصل الركبة ٨٩٣
٢ : ٣٨ متوسطات بيانات خفض الوزن ٨٩٨
٣ : ٣٨ متوسطات بيانات القلق ٩٠٢

ب – الجـــــداول

١ : ١ ملخص جمع المعلومات ١٠
٢ : ١ بيانات سيكومترية لبعض المقاييس والاختبارات شائعة الاستخدام ٢٧
١ : ٣ التتابع الممكن للأحداث فى خبرة وسواسية – قهرية ٦٢
٢ : ٣ مثال لصحيفه تسجيل يومية ٦٩
١ : ٤ القائمة المتدرجة لمنبهات تستثيرالسلوك القهرى للاغتسال لدى مريض ٨٧
١ : ٥ دراسات الصدق لمقياس هاميلتون لتقديرات الاكتئاب
فى صورة معاملات ارتباط بمقاييس أخرى للاكتئاب ١٠٩
٢ : ٥ ثبات مقاييس التماثل البصرى كمقاييس للاكتئاب
يبين الارتباطات بينها وبين مقاييس أخرى للاكتئاب ١١٠
٣ : ٥ تقديرات الصدق لمقياس زونج للتقديرات الذاتية
للاكتئاب . تبين الارتباطات مع مقاييس أخرى للاكتئاب ١١٣

١ : ٦ أمثله لتسجيل الأفكار البديلة ١٣٦

٢ : ٦ الخطوط العريضة لمواجهة الأفكار السلبية ١٣٨

١ : ٧ أعراض الهلع ١٨٢

٢ : ٧ ملخص تقييم اضطراب الهلع ١٨٥

٣ : ٧ ملخص تقييم مخافة الأماكن المفتوحة ١٨٦

٤ : ٧ ملخص خطوات الفحص فى المخاوف الاجتماعية ١٨٩

٥ : ٧ ملخص المحكات التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ١٩٠

١ : ٨ إجراءات تعزيز التعرض التى تطبق فى عده جلسات ٢٠٩

٢ : ٨ مكونات العلاج الفعال للخوف والقلق وفق ترتيب أهميتها تنازلياً ٢١٦

١ : ١١ نموذج عملى لتقييم مشكلات التفاعل ٢٦٩

٢ : ١١ المهارات المعرفيه الاجتماعية ٢٧٢

٣ : ١١ العوامل المتضمنة فى أبعاد مشكلات التفاعل ٢٧٦

١ : ١٩ المقياس المختصر لانسحاب مستحضرات الأفيون ٤٢٨

١ : ٢٦ نموذج تسجيل الوجبات ٦٠٢

١ : ٣٠ المتغيرات التى يمكن أن تؤثر فى النوم ٦٩٤

٢ : ٣٠ المتغيرات التى يتعين تسجيلها فى يوميات النوم ٦٩٦

١ : ٣١ خصائص برنامج التحكم فى المنبه للأرق ٧١٠

١ : ٣٤ المناطق الوظيفية فى اللحاء وفق خريطة نظام برودمان ٧٧٣

٢ : ٣٤ ميكانيزمات استعادة الوظيفة ٨٠٠

٣ : ٣٤ قائمة المعلومات الأساسية حول المريض التى يجب جمعها قبل إجراء الاختبار ٨٠٢

٤ : ٣٤ قائمة ملاحظات على المريض ، خلال مرحلة التفاعل العامة والاختبارات ٨٠٣

٥ : ٣٤ الأسئلة التى توجه للمريض (واقرب الاختبارين إذا أمكن) ٨٠٤

٦ : ٣٤ العوامل التى توضع فى الاعتبار فيما يخص أعادة التأهيل ٨٠٦

١ : ٣٥ بعض أساليب العلاج المستخدمة لتخفيف المشكلات العصبية ٨١٨

٢ : ٣٥ أمثلة لبعض المشكلات الشائعة لدى المرضى العصبيين ٨٢١

١ : ٣٧ قياس التباين المشترك بين نوبات الهلع والأحداث الأخرى ٨٦٤

٢ : ٣٧ حساب مؤشر تغيرات الثبات ٨٦٩

١ : ٣٨ تاثير زاوية مفصل الركبة على كفاءة ركوب الدراجة ٨٩٢

٢ : ٣٨ تحليل التباين لبيانات مفصل الركبة ٨٩٤

٣ : ٣٨ المكونات الخطية لتباين بين المجموعات لبيانات مفصل الركبه ٨٩٤

٤ : ٣٨ بيانات خفض الوزن ٨٩٥

٥ : ٣٨ تحليل التباين لبيانات النحافة ٨٩٦

٦ : ٣٨ تحليل التباين لمجموعة واحدة بتصميم القياسات المتكررة ٨٩٩

٧ : ٣٨ تصميم ثنائى العوامل لقياسات متكررة على عامل واحد ٩٠٠

٨ : ٣٨ تحليل التباين لبيانات جدول ٧ : ٣٨ .... ٩٠١

٩ : ٣٨ درجات القلق لمرضى يعانون من خلع ضرس العقل بإحدى ثلاث طرق ٩٠٣

١٠ : ٣٨ تحليل التباين والتغاير المشترك لدرجات القلق فى جدول ٩ : ٣٨ .... ٩٠٤

المشـــــاركون

Ian Bennun, University of Exeter

Brendan P. Bradley, University of Cambridge

C. Bundy, University College North Wales, Bangor

A.G.M. Canavan, Institut an der Heinrich-Heine-Universitat, Dilsseldorf

A.J. Chalkley, Bath Mental Health Care Trust, Bath

P. de Silva, Institute of Psychiatry, University of London

Catherine Dooley, Psychological Department, Long Grove Hospital, Epsom, Surrey

Robert J. Edelmann, Univeristy of Surrey

B.S.Everitt, Institute of Psychiatry, University of London

Michael Gossop, Bethlem Royal and Maudsley Hospital, Kent

Gisli H. Gudjonsson, Institute of Psychiatry, Unversity of London

David R. Hemsley, Institute of Psychiatry, University of London

M. Jahanshahi, Institute of Neurology, Unversity of London

A. Lavender, Salomons Centre, Tunbridge Wells, Kent

S.J.E. Lindsay, Institute of Psychiatry, University of London

Joyce Mays, University College London, University of London

Stephen Morley, School of Medicine, University of Leeds

Shirley Pearce, University of East Anglia

G.E. Powell, University of Surrey

V. Rippere, formerly Institute of Psychiatry, University of London

Susan H. Spence, University of Brisbane

Jane Wardle, Institute of Psychiatry, University of London

F.N. Watts, Medical Research Council Applied Psychologe Unit, Cambridge

Barbara A. Wilson, Medical Research Council Applied Psychology Unit, Cambridge

R.T. Woods, University College London, University of London

تصـــــدير

اتسمت الطبعة الأولى من المرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين بالجدارة والإيجاز ، وهى المزايا الجوهرية لكتاب من هذا النوع . وكما كان المتوقع فقد استقبلت استقبالاً جيداً ، واستخدمت على نطاق واسع .

وقد جاء الوقت لمراجعتها ، ومما يبعث على السعادة أن المحررين نجحا فى الاحتفاظ بكل فريق الخبراء ، الذين عملوا فى الطبعة الأولى باستثناء واحد فقط ، كما أضافوا كاتبين آخرين .

ويُهنئ المحررين والكتاب على تقديمهم لمجموعة من الأعمال الممتازة والشامله . وقد كان الناتج النهائى لعملهم مثيراً وقيماً ، بقدر ما كانت عليه الطبعة الأولى . ولن يكون هناك شك فى أنها ستلاقى الترحيب كبديل ، جاء فى الوقت المناسب ، وكدليل يعتمد عليه .

بروفسيور س . راخمان

مقدمة المحرران

قمنا فى تقديمنا للطبعة الأولى من هذا الكتاب بتوجيه الانتباه نحو أهمية الفحص الدقيق فى الممارسات الأكلينيكية . وقد نشرت اختبارات جديدة وأدوات تقييم جديدة بمعدلات مذهلة ، تعتمد غالباً على بحوث سطحية وعينات صغيرة للغاية من المفحوصين ، كما أنه من السهل ابتكار إجراء غير مصقول ومعد للاستخدام الفورى لغرض معين من أغراض التقييم . ويؤدى هذا الوضع لضرورة أن تكون البيانات التى يتم جمعها بمثل هذه الوسائل تستحق بالفعل جمعها . وبالتالى فقد واصلت الطبعة الثانية من هذا الكتاب تأكيدها القوى أهمية الفحص الأكلينيكى .

وقد عكس الكتاب التوسع السريع فى تطبيقات المناحى المعرفية فى مجال المشكلات الأكلينيكية . ويبدو هذا واضحاً ، لا فى البحوث المنشوره فى علم النفس الأكلينيكى فحسب ، بل وأيضاً فى مسوح أنشطة الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين .

وعلى الرغم من ذلك ، فقد كان على الكتاب أن يعترف أن العلاج الدوائى ، والعلاج النفسى ، وليس العلاج المعرفى ، هما اللذان يمكن أن تكون لهما تأثيرات مفيدة على المعرفة . ويوحى ذلك أن بعض الخصائص الفعالة المعينة والشائعة فى العلاجات النفسية المختلفة يتعين تحديدها ، فى علاج الاضطرابات الانفعالية على وجه الخصوص .

ولسوء الحظ .. فإننا نعتقد أن البحث عن مثل هذه الخصائص بين العلاجات النفسيه جاء مخيباً للأمال . وبالتالى فلم يول الكتاب اهتماماً كبيراً لمثل هذه البحوث .

وكان التوسع المستمر حتى الآن فى علم النفس الأكلينيكى فى مجالات الاطباء الممارسين ، قد تطلب أن يوسع الكتاب من منظوره فى هذا القطاع ، وقد وفينا بذلك من خلال إضافة فصل جديد .

ومنذ نشر الطبعه الأولى حدثت تطورات سريعة فى الخدمات الصحية ، التى يعمل فى نطاقها علم النفس الأكلينيكى ، والنظم الأخرى ذات العلاقة . وقد وضع ذلك الاخصائيين النفسيين الأكلينيكيين فى موقف المنافسة بين بعضهم البعض وبينهم وبين المهنيين الآخرين ، وهو ما يعنى أن على أولئك الذين يقدمون الخدمات النفسية الأكلينيكية أن يكونوا قادرين على تبرير فعالية ونفقات ما يقومون به . وبالتالى قمنا بتغطية هذا الجانب فى هذا الكتاب ، لا من خلال التأكيد على أهمية الفحوص الأكلينيكية الدقيقه فحسب ، بل وعلى وصف العلاج الذى أظهرت البحوث فعاليته . وعلى الرغم من ذلك .. فإننا نعتقد أيضاً أنه يتعين على الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين أن يكونوا قادرين على تقييم خدماتهم ، وأن يبتكروا أينما كان ذلك ضرورياً . وبالتالى فقد أضفنا بعض الفصول الخاصة بمناهج البحوث الأكلينيكية .

مقدمة المترجم

يتاح للأكاديمى المتخصص عادة متابعة حركة النشر العلمى فى المجال والاطلاع على كثير من الإصدارات المتميزة ، التى تغطى مجالات قد تتسع أو تضيق بقدر اهتمامات المؤلفين المختلفين . غير أنه يندر أن يلتقى بهذه النوعية من الكتب الأكثر تميزاً ، مثل المرجع فى علم النفس الأكلينيكى للراشدين ، الذى بقدر ما يتصف به من شمول ، يتصف بالعمق والدقة ، وبقدر ما فيه من تأصيل بقدر ما تتسم به مادته من حداثة .

والواقع أن هذا الكتاب يغير تماماً النظرة الضيقة لعلم النفس الأكلينيكى بوصفه فرعاً ، مثل أى فرع آخر ، من فروع علم النفس . فيقدم منظوراً عريضاً لهذا التخصص ، مجالات البحث فيه على تنوعها ، وطبيعته الخدمية متعددة الجوانب ، وأساليبه العلاجية على اختلافها ، وأساليبه فى تقييم أدواته وطرقه ونتائجه .

ليس هذا فحسب ، بل يمتد هذا المنظور العريض ليكشف عن الميادين ، التى يلعب فيها علم النفس الأكلينيكى دوراً فعالاً وواعداً . وهو يغطى الأمراض العقلية ، والاختلالات العصبية ، والاضطرابات العصابية ، ومشكلات التفاعل والصراعات الزوجية ، وصعوبات الشيخوخة ، وأساليب التأهيل والاختلالات الجنسية ومشكلات التغاير الجنسى ، إلى غير ذلك من الموضوعات التى تغطى اهتمام عديد من المهنيين داخل وخارج التخصص الدقيق لعلم النفس الأكلينيكى .

ولا يغفل الكتاب الاهتمام بالموضوعات المنهجية الدقيقة فيفرد لها فصولاً خاصة ، تعالجها بعمق وتمييز.

والأمر الذى لا شك فيه هو أن المنفعة من هذا الكتاب فى طبعته العربية هذه ستعوض القدر من الجهد والوقت ، اللذين أنفقا فى ترجمته .

دكتور صفوت فرج

أستاذ علم النفس

قسم علم النفس– جامعة القاهرة

الفصل الأول

قضايا الفحص العملية في علم النفس الأكلينيكى

Practical Issues of Investigation in Clinical Psychology

س . ج . ل . ليندسى و ج . ى. باول

S. J. E. Lindsay and G. E. Powell

الفصل الأول

قضايا الفحص العملية فى علم النفس الأكلينيكى

س . ج . ل . ليندسى و ج . ي. باول

S. J. E. Lindsay and G. E. Powell

تطور علم النفس الأكلينيكى من خلال تقاليد الفحص الدقيقة والمثابرة للمشكلات والخصائص التى يأتى بها العملاء (انظر على سبيل المثال Mittler, 1970) .

وقد اعتبر هذا الفحص جوهريا لتحديد كفاءة علاج الصعوبات التى يعانى منها هؤلاء العملاء (Matarazzo, 1983) . وقد حدث نمو ضخم خلال الأعوام العشرين الأخيرة فى تطور علاج نفسى مؤثر ، هو الذى شكل علم النفس الأكلينيكى . كما كان هناك تطور مشابه فى العلاج الطبى النفسى والعلاج العصبى . ويقدم هذا الفصل مراجعة للقضايا العملية فى الفحص النفسى بهدف تحقيق استفادة جيدة من كل هذه المصادر ذات الفائدة .

هناك مرحلتان بارزتان فى جمع المعلومات الأكلينيكية وفى اتخاذ القرار المتعلق بصعوبات العميل . ويمكن وصف المرحلة الأولى باعتبارها جمعاً شاملاً للمعلومات ، وحيث يقوم الأخصائى الأكلينيكى خلالها بوضع الفروض والصياغات المتعلقة بأسباب حدوث هذه الصعوبات واستمرارها . بينما تتضمن المرحلة الثانية ومن خلال جمع أكثر انتخابية للبيانات ، قدرا أكبر من التدقيق واختبار الفروض ، وتستمر هذه المرحلة طوال فترة العلاج .

وهناك عديد من المخططات للعملية الأولى كما يمارسها الأخصائى الأكلينيكى (Nay, 1979; Lazarus, 1976; Cone, 1978) ومع ذلك فهناك القليل للغاية من محاولات تحديد صدق وثبات هذه الأساليب.

ولسوء الحظ ظهر أن تحديد الصعوبات الأساسية لدى العميل وأسباب استمرارها يفتقر إلى الثبات ، والاتفاق ضعيف بين الأخصائيين النفسيين فى الأستخلاصات التى ينتهون اليها عندما يواجهون بالبيانات نفسها عن العملاء (Fewtrell, 1981; Hay et al., 1979) . وبالتالى لن يبدو مثيرا للدهشة أن يكون الاتفاق حول تطابق العلاج ضعيفا أيضا (Fewtrell, 1981) والمتاح حاليا دراسات محدودة وذات بيانات غير كافية حول التقديرات الأكلينيكية الموثوق فيها . إن تعقد التفاعلات السلوكية والمعرفية والتأثيرات الداخلية والخارجية و المشكلات المختلفة التى قد يتكرر ظهورها لدى العميل نفسه (انظر على سبيل المثال : Haynes and O'Brien, 1990 وشكل ١ : ١) لن يشجع الاتفاق بين الأخصائيين النفسيين على كيفية التدخل . ومع ذلك فما نفترحه هنا هو الاعتماد على فحوص تجربة الحالة المفردة (انظر Morley الفصل ٣٧) والتى غالبا ماتكون وسيلة موثوق فيها لتحليل المشكلة واختبار الفروض وتأثير العلاج . وقد لوحظ ضعف مستوى التقديرات الأكلينيكية فى مؤتمرات دراسة الحالة منذ فترة طويلة . وكذلك إهمال البيانات الإحصائية على وجه الخصوص (Meehl, 1974) .

إذا كان تحديد المشكلة بهذه الوسائل ضعيفًا بصفة عامة كما تبين هذه الملاحظات ، يصبح من الصعب فهم لماذا يمكن التوصية ببعض أساليب العلاج النفسية دون الأخرى ، مثال ذلك خوف الأماكن المفتوحة (١) حيث يوصى على نطاق واسع باستخدام أسلوب التعرض (٢) (انظر Lindsay الفصل الثامن) بينما لا تلاقى بعض العلاجات الأخرى مثل التدريب التوكيدى (٣) تأييدا ، ويلاحظ لسوء الحظ أن معظم دراسات العلاج السلوكى المنشورة تصف السلوك المستهدف ولكنها نادرا ماتحدد أية صعوبات سلوكية أخرى أو متغيرات سواء مستقلة أو تابعة يتعين ملاحظتها . ومن هنا يصبح من المستحيل دائما معرفة ما إذا كان قد أحسن تقييم العلاج المستخدم أو أنه اختير عشوائياً . من ذلك أنه يوجد فى دراسات الاكتئاب على سبيل المثال وصف للمرضى بتعبيرات درجاتهم على بطارية بك للاكتئاب (٤) بينما يُهمل أى تقييم للمشكلات الأخرى لديهم ككربهم الزواجى (٥) والذى يمكن أن يوجد ويسهم فى المشكلة المركبة للعميل . وذلك رغم تكرار اعتراف الأخصائيين الاكلينيكين (Yates, 1976) بضرورة الإجابة عن الأسئلة الآتية بالنسبة لكل حالة : أى علاج يستخدم ؟ وبواسطة من يكون أكثر فعالية لهذا الفرد فى هذه المشكلة المعينة، وتحت أى ظروف ، وكيف يمكن أن يتم ذلك ؟ (Paul, 1969) .

وعلى الرغم من أن الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين نادراً مايسهمون الآن فى التشخيص السيكاتيرى ، فإن تطوراً حالياً فى هذا النسق العلمى يمكن أن يتضمن بعض الدروس التى تفيد فى مجال إجراءات الفحص التى يمارسها الأخصائيون النفسيون أنفسهم ، مثال ذلك أن الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل (٦) (DSM- III - R لجمعية الطب النفسى الأمريكية) يقدم قواعد واضحة لتشخيص المرضى فى فئات تقليدية وأخرى أقل تقليدية ، والمحكات الضرورية للاندراج فى أى فئة وكذلك الأعراض التى لاتوجد فى كل تشخيص ، مقدمتان كليهما : محكات التضمين ومحكات الاستبعاد . وبالإضافة إلى فئات التشخيص السيكايترى مثل الاكتئاب والقلق ،التى توصف فى المحور التشخيصى الأول - التصنيف العقلى - تُقدم الأبعاد الأخرى ، فالمحور الثانى يقدم أوصافا لاضطرابات الشخصية والاضطرابات الارتقائية ، والمحور الثالث للأمراض العضوية ، ويختص محوران آخران بوصف الآتى : المحور الرابع لوصف حدة الضغوط النفسية الاجتماعية بما فيها التأثيرات البيئية وأزمات الحياة ، والمحور الخامس للتقديرات الإجمالية للأداء «أعلى مستوى للأداء التوافقى خلال العام الأخير » وهو مقدم على مقياس من خمس نقاط . ويأخذ هذا الأخير فى اعتباره الأداء الوظيفى للعميل ، واستخدام وقت الفراغ والعلاقات الاجتماعية . وبعض الحالات التى قد تتطلب تدخلا عندما تؤثر بقدر جوهرى فى هذه المتغيرات مثل الوساوس والأفعال القهرية . ويمكن جمع المعلومات اللازمة لاستخدام هذا التصنيف وفق توصيات منشورة فى موضع آخر .

وقد استخدمت المقابلات المقننة مثل مقابلة رينارد التشخيصية (٧) والتى طورها هيلزر Helzer وزملاؤه(1981) وقائمة المقابلة التشخيصية (٨) التى وضعها روبنز Robins وزملاؤه (1981) فى تجارب

---

(1) Agoraphobia
(2) Exposure
(3) Assertiveness Training
(4) Beck Depression Inventory
(5) Marital Distress
(6) Diagnostic and Statistical Manual III - R .
(7) Renard Diagnostic Interview (RDI)
(8)Diagnostic Interview Schedule (DIS)

الثبات للصورة الأصلية للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث (American Psychiatric\Association, 1980) وقد وصف روبنز وزملاؤه هذه الدراسة التى أمكن من خلالها مقارنة تصنيف أشخاص غير متخصصين لأكثر من ٤٠٠ عميل ، بتصنيفات أطباء نفسيين من ذوى الخبرة ، وحيث تراوح الاتفاق بين الملاحظين (١) بين الاتفاق التام فى حالات فقدان الشهية العصبى (٢) وبين الاتفاق المتوسط فى حالات المخاوف إلى الاتفاق الضعيف فى اضطرابات الهلع (٣) . كما طورت ايضا قوائم مقابلة للدليل التشخيصى الثالث المعدل منها قائمة المقابلة لأضطرابات القلق (Denardo et al., 1985) . ولهذه الأسباب أصبح الدليل التشخيصى والأحصائى الثالث مشوقا حيث جذب الانتباه إلى ارتباط الاضطراب النفسى بالتأثيرات البيئية والضغوط وضعف الأداء الوظيفى ، كما أن تفصيل القواعد الخاصة بجمع البيانات وتصنيفها جعل هذا النظام أكثر ثباتا من النظم السابقة عليه (Matarazzo, 1983) ومع ذلك فهناك أسس لنقده روجعت فى موضع آخر (Eysenck et al., 1983) ، ويتضمن هذا النقد إهمال بعض المشكلات السلوكية التى طور لها الأخصائيون النفسيون أساليبا للتدخل ، كما يهمل الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث التحليل الوظيفى ، الذى يمكن أن يشير بشكل أفضل لسبل التدخل العلاجى . يضاف إلى ذلك أن منحى الأبعاد (٤) قد يكون أكثر مناسبة لكثير من الأمراض من المنحى الفئوى . وقد وجه النقد للدليل التشخيصى أيضا لأنه يتضمن اضطرابات سلوكية مما يوحى بأفتراض أنها مشكلات طبية . كما يثير التهكم أن الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث يقدم مؤشرات قليلة للطرق ، التى يمكن للأخصائيين النفسيين التدخل بها ، والتى يتدخلون بها فعلا فى الطب السلوكى (انظر Edelmann الفصل ٢٥) .

ولسوء الحظ ، فرغم أن الأخصائيين النفسيين جذبوا الانتباه دائما إلى عدم مواءمة هذا النظام التشخيصى السيكايترى (Mc Guire, 1973) فإنهم اقتبسوا عديداً من التصنيفات السيكايترية التقليدية، وبالتالى أصبح من الصعب عليهم تجاهل الدليل التشخيصى والإحصائى . ويبدو هذا جليا فى حالة الخوف والقلق حيث كان الأخصائيون النفسيون شديدى النشاط فى إقتراح نماذجهم العلمية الخاصة . مثال ذلك أن نوبات الهلع (٥) تعتمد على نطاق واسع على دلالة الهلع لدى العميل (انظر Lindsay الفصل الثامن) ويعكس تنظيم الفصول فى هذا الكتاب مزيجًا من المسميات الخاصة بالطب النفسى التقليدى والمسميات السلوكية الأكثر حداثة .

التجميع الأولى للمعلومات

أشارت المناقشة السابقة إلى قيمة المعلومات الأكلينيكية والفحوص فى العلاج السلوكى وتعديل السلوك . إلا أن الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين مازالوا ضالعين فى أساليب التشخيص التقليدية ، فى المشكلات العصبية على وجه الخصوص ، بالاضافة إلى ذلك وعلى الرغم من أن أغلب الحالات التى تحول إلى الأخصائيين النفسيين من الزملاء الأطباء .. فإنه يتعين نصح الأخصائيين النفسيين ليكونوا متنبهين للتغيرات فى سلوك العميل ، التى يمكن علاجها بطريقة اصح بواسطة الأطباء . ويجب أن يكون الأخصائى

(1) Inter . Observer agreement
(2) Anorexia nervosa
(3) Panic disorder .
(4) Dimensional approach
(5) Panic attacks

النفسى الأكلينيكى قادراً على إعادة تحويل العميل مرة أخرى للطبيب الذى سبق أن أحاله اليه أو إلى الزميل الطبى فى الفريق ، وذلك عندما تؤدى تغيرات تعزى للحالة العضوية للعميل إلى انشغاله . كما يتعين أيضا نصح العملاء بضرورة إجراء فحص طبى قبل الفحص السلوكى . وقد جرى التأكيد على ذلك فى عديد من الفصول على امتداد الكتاب ، ومع ذلك يجب أن يقوم الأخصائى الأكلينيكى فى بعض الأحيان بجمع المعلومات التى يمكن أن تعكس الحالة العصبية للعميل والحالات العضوية الأخرى.

وقد وصف رسل وزملاؤه Russell (1978) ونـاى Nay (1979) مؤشرات جمع المعلومات التى يمكن أن تكون شاملة ، وكافية بالتالى . وفيما يلى مخطط للمعلومات التى أوصوا هم وآخرون بها ؛ لتكون متاحة للأخصائى الأكلينيكى . وربما يكون قد تم جمع بعض هذه المواد بالفعل بواسطة الأخصائى الاكلينيكى الذى قام بالإحالة ، ولذا قد تكون متاحة فى خطاب الإحالة أو فى ملف العميل ، كما أن مجالات الاستعلام يمكن أن تكون ذات صلة محدودة أو بلا صلة على الإطلاق بالنسبة لبعض العملاء . ولذا فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يكون انتخابيا فيجمع المعلومات من العميل مباشرة ، كما أن المقابلة الشاملة شمولا زائدا والمؤدية إلى التعب يمكن أن تثير عداء العميل ، وبالأخص فى الوقت الذى يكون فيه مكروباً بدرجة واضحة ويائساً بالفعل من تلقى مساعدة فعالة . ولتجنب التكرار والإطناب فى الأسئلة ولأسباب أخرى تتعلق بكفاءة جمع المعلومات ، على الأخصائى الأكلينيكى أن يسجل ملاحظاته بمجرد أن تتبادر إلى ذهنه . ويتعين فى حالة بعض العملاء المكروبين للغاية أن ينفق وقت المقابلة الاولى فى التعارف مع العميل مع أقل القليل من التسجيل . وسيكون من الضرورى بالنسبة لبعض العملاء البحث عن المعلومات من أطراف أخرى من بين من يعرفون صعوبات العميل جيدا مثل الوالدين أو الزوج أو الاخصائيين الاجتماعيين أو المعالجين المهنيين وفريق العناية . وسيكون ذلك جوهريا بالنسبة للعملاء المعوقين عقليا والعملاء المسنين من الذهانيين المضطربين ، ممن لا يكونون قادرين على التواصل الجيد . بالاضافة إلى ذلك ، فإن بعض المشكلات تؤثر وتتأثر بأشخاص آخرين فى بيئة العميل ، كما تتطلب بعض التدخلات تعاون أسرة العميل أو القائم على رعايته والذى يتعين بالتالى استشارته خلال مرحلة الفحص . وعلي الرغم من ضرورة ذلك ، وحيث يكون ممكنا ، يتعين الحصول على الموافقة التامة من العميل قبل استشارة أى إخباريين . وأخيرا يتعين التأكيد على أنه سيكون هناك دائما إمكانية أن بعض الملاحظات التى يبديها العملاء لن تكون موكدة أو قد تكون غير دقيقة مما يتطلب تأييداً لها من أطراف أخرى . وسنناقش فيما بعد مصادر هذا التحيز وعدم الدقة .

قد يكون سبب إحالة العميل مذكورا فى أغلب الاحيان فى مذكرة أولية واردة من الأخصائى الذى أحاله ، أو سيكون من خلال الاتصال أثناء اجتماع الفريق الأكلينيكى . ويجب توضيح هذا الأمر مع العميل أو مع من يقدم المعلومات نيابة عنه ، أى الإخبارى . وسيكون من المرغوب فيه بشدة فى كل الحالات الاستماع إلى العميل ، وهويصف الصعوبات الأساسية بكلماته ، وذلك لمجرد تشجيع تعاونه للحصول على معلومات اضافية وتلقى العلاج .

وغالبا ما سيكون من المفيد من البداية معرفة لماذا فكر العميل فى الحصول على المساعدة ، وطول الفترة التى ظل يشكو خلالها من مشكلته ، وسيكون من المهم دائما عند هذه النقطة إعادة التأكيد للعميل أو للشخص المهتم بأمره – ايًا كان – أن الشكوى ليست غير معتادة ولا هى مشينة وفق خبرة الأخصائى الأكلينيكى ، وانه سيكون من الممكن تقديم بعض المساعدة ، وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يوضح أنه لكى يفهم صعوبات العميل ، سيكون من الضرورى حصوله على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المشكلة.

وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يُظهر بعض التعاطف ويبدى تفهما لقلق العميل ، كأن يقول مثلا أنه من غير المستغرب إطلاقا أن يكون العميل مكروبا إلى هذه الدرجة نتيجة لمشكلته . ويجب أن يلى ذلك الحصول على قدر أكبر من التفاصيل ، ولكن بأختصار عن تاريخ الشكوى : متى لاحظ العميل أو الأخبارى المشكلة لأول مرة؟ وكيف كانت استجابة العميل والآخرين لها ؟ كيف كان وضع العميل فى بدايتها ؟ وخلال فترة تطور المشكلة فيما بعد : من حيث عمله ، ووضعه الأسرى ، وحياته مع والديه ، وفى المدرسة ؟ وما المحاولات السابقة لعلاج المشكلة أو لمساعدة العميل بطرق أخرى ؟ .

واحد مجالات الفحص المهمة التى دائما ماتُنسى فى الفحص السلوكى *تتعلق بأشكال العجز الذي نتج عن صعوبات العميل* : كيف تغيرت علاقة العميل بأسرته ، بعمله وزملائه والمرضى الآخرين مع وجود المشكلة ؟ كيف تغير أداء العميل وتغيرت اهتماماته فى العمل وفى الأنشطة الترفيهية ؟ كيف استثيرت الوظائف البيولوجية للعميل : فى النوم ، والنشاط الجنسى والأكل وثبات وزنه ؟ هل حدثت أية صعوبات فى قدرته على تحمل المسئوليات مثل إدارة ميزانية البيت أو اتخاذ القرارات ؟

وقد لا يكون تعبير *التغير أو بداية المشكلة* مناسبا بالنسبة لكثير من العملاء أو قد لا يكون من السهل تحديده ، والكثير من المشكلات مثل صعوبات مقابلة الناس والحديث معهم قد توجد بدرجة ما خلال حياة العميل ولكنها تصبح فى الفترة الأخيرة فقط مثيرة للقلق ، ويمكن أن تظهر عندما يتقدم مثل هذا العميل للحصول على وظيفة لأول مرة .

وقد يكون من الضرورى بالنسبة لهؤلاء العملاء مقارنة أدائهم فى هذه المجالات ببعض المعايير كأداء المشابهين لهم فى العمر أو الارتقاء العقلى والتعليم والخلفية الاجتماعية والثقافية . وسنناقش فيما بعد فى هذا الفصل إمكانية توفر مثل هذه المعايير .

كيف يتعامل العميل مع المشكلة ؟ هل تزايد تعاطيه للكحوليات ، هل أصبح مدخنا شرها ، هل أصبح يتعاطى مهدئات ؟ ينسحب لحجرة نومه لفترات طويلة ، أصبح أصدقاؤه واقاربه يتولون عنه مهامه ، هل يسعى للحصول على الدعم والتأييد ؟ كيف يتعامل الآخرون مع مشكلات العميل ؟

وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يستطلع أيضا عن عدد من المشكلات والمتغيرات ، التى قد لا تكون جزءاً من الشكوى الأساسية المحالة إليه : ماالحالة المزاجية الغالبة على العميل ، أو ما الحالة الانفعالية التى يعانى منها العميل فى بعض الأوقات والظروف ؟ الخوف ، القلق ، الغضب ، الإحباط ، الحزن ، الاستثارة ؟ .

وأحيانا ما يكون لدى العميل صعوبة فى ذكر مثل هذه الحالات المزاجية ، وبعض العملاء قد لايتعرضون لخبرات انفعالية قوية حتى عندما تكون متوقعة أى إن لديهم تبلد وجدانى . كما قد تظهر ايضا تقلبات وجدانية مفاجئة . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يعتمد على الإخباريين الآخرين لتقرير هذه التغيرات إذ حتى بالنسبة للعملاء ذوى القلق المزمن على سبيل المثال قد لا يكونون بهذا القدر من عدم الراحة خلال جلسة المقابلة بما يسمح بملاحظتهم ، كما يجب أن يلاحظ ايضا أن المشاعر التلقائية قد لاتكون واضحة بطريقة ثابته فى تعبيرات وجه العميل (Ekman and Oster, 1979) .

مضمون الأفكار التي يذكرها العميل من الأمور المثيرة للأهتمام ايضا . الأفكار المقتحمة المزعجة أو الانشغالات وبالاخص فى علاقتها بالتغيرات فى الانفعالات ، الخطط ، والطموحات سواء كانت واقعية أم لا . ما الذى يعتقد العميل أنه سيحدث فى الوقت الذى يكون فيه مكروبا للغاية .

ودائما ما تكون معتقدات العميل المعلنة وتفسيراته للأحداث ذات دلالة . هل هناك معتقدات غير سوية حول البيئة بما فى ذلك سلوك ومعتقدات الناس نحو العميل ؟ هل توجد لدى العميل معتقدات غير واقعية حول خصائصه الجسمية أو وظائفه ؟ .. قد يكون المظهر الوجهى أو حجم الجسم موضوعا للقلق غير السوى . وغالباً ماتكون المعتقدات المقاومة غير المناسبة حول قيمة العميل مصدرا غير واقعى لتكدره . وقد يعتقد العميل أن بعض الخبرات مثل الأفكار المقتحمة تعنى أنه سيصاب بالجنون أو أن هذه الخبرات فريدة من نوعها . هل يعتقد العميل أنه لا يستطيع التحكم فى الأحداث ؟ ما الذى يعتقده العميل بالنسبة للصعوبات الموجودة لديه .

الخبرات الشاذة : يتعين ايضا ملاحظة ما يلى فيما يتعلق بالخبرات البصرية والسمعية وتلك المتعلقة بسائر الحواس الأخرى فى البيئة (مثل الهلاوس أو الشعور بعدم الواقعية) وبالنسبة لجسمه (مثل الإحساس بالوخز أو بالخدر فى أصابع اليدين والقدمين وفروة الرأس) أو فى الذات (مثل الإحساس بفقدان الذاتية أو الوعى بالاضطراب فى التفكير) .

يجب ايضا تسجيل مظهر العميل وسلوكه اثناء المقابلة ، صفاته ، حركاته غير العادية وهيئته ، شذوذ الحديث كأن يكون غير مسموع أو مرتفعا للغاية ، أو الحديث بسرعة أو ببطء ، حاجته لأن ينبه للكلام أو صعوبة مقاطعته . الإجابة مباشرة عن الأسئلة أو الالتفاف بعيدا عن الموضوعات . هل يصغى العميل للقائم بالمقابلة أم لشيء آخر فى الموقف سواء واضح أو غير ظاهر للقائم بالمقابلة ؟

وسيكون من المهم تقييم الأداء العقلى – المعرفى للعميل (الذاكرة ، الوعى بالزمان والمكان ، الانتباه والتركيز) على وجه الخصوص بالنسبة لأولئك الذين يمكن أن ترتبط مشكلاتهم السلوكية بصعوبات تتعلق بالعمل أو العناية بالذات . ولهذا المجال من الفحص أهمية خاصة أيضاً عندالشك فى وجود تلف عصبى .

كما سيكون من المفيد تقييم اتجاهات العميل نحو صعوباته سواء اعتبرها تافهة أو مهددة للحياة وسواء انتهى إلى أن الأمل فيها مفقود أم لا ، ما الفروض التى كونها المريض عنها ؟

وأيا ما كانت الأهداف، فسيكون من المهم خلال المقابلة الأولى تحديد ما إذا كان العميل يعمل ويفكر ويركز بالدرجة المتوقعة من الكفاءة من شخص فى مستوى تعليمه أو وظيفته . هل يعتقد العميل أو الإخبارى أن العميل لديه صعوبة فى تذكر المعلومات . هل يستطيع العميل أن يذكر اسمه وعمره والمعلومات الشخصية الأخرى ، اهتماماته الحالية فى الزمان والمكان ، مع سرد مختصر للأحداث والأخبار الجارية ؟

بعد أن يحصل الأخصائى الأكلينيكى على صورة شاملة لصعوبات العميل القائمة ، عليه أن يسعى للكشف عن كيفيه تطور هذه الصعوبات . ولأن الأخصائى الأكلينيكى يحصل على تاريخ مطابق تماما ، فعليه أن يكون انتخابيا فى تقرير أى جوانب تاريخ العميل تستحق الفحص . مثال ذلك إحتمال أن تكون الأهتمامات الجنسية ضئيلة لدى العملاء المسنين ، بينما تكون الصعوبات المتعلقة برعاية الذات أكثر أهمية. بينما يكون النشاط الجنسى ذا أهمية بالغة لدى الشباب الراشدين.

وقد تتضمن بيانات تاريخ الحالة أمورا تتعلق بأسرة العميل – والديه واخوته ، أعمالهم ، أمراضهم. ويكون تاريخهم السيكايترى مهمًا على وجه الخصوص . حيث يجب بصفة خاصة معرفة هل كانت فى الأسرة حالات سابقة لديها الصعوبات نفسها أو وجدت مثل هذه الصعوبات بين الأقارب اللصيقين ؟ ما هى الأزمات العائلية التى صادفتها الأسرة ، مثل : الوفيات ، التغير المفاجيء فى الدخل ، صعوبات الزواج بين الوالدين ؟ وكيف أثر كل ذلك فى العميل .

ويجب فحص التاريخ الارتقائى (١) للعميل وبالأخص إذا كان العميل مازال صغيرا . ما نوع المدارس التى يذهب إليها ؟ هل التحق العميل بالمدرسة فى العمر المناسب وكيف توافق مع المدرسة ؟

ومن الأمور المهمة أيضا ضرورة تعرف الصعوبات السلوكية فى المدرسة لدى صغار الراشدين . هل كانت هناك اية مشكلات سلوكية مثل الهروب من المدرسة أو رفضها أو السرقة أو المشاجرات ، أو صعوبة تكوين صداقات ؟ ولكى نفهم الإعاقات الناتجة عن الشكاوى الحالية سيكون من الضرورى دائما تحديد مستوى النجاح الأكاديمى للعميل فى المدرسة وبعدها . وقد تعزى صعوبات تحقيق الأهداف فى المدرسة أو اقتراب مستوى التحصيل من بقية الأطفال إلى ظهور مشكلات سلوكية وانفعالية ، ومن الأمور المهمة على وجه الخصوص معرفة مستوى جودة القراءة لدى العمل .

ولأسباب مشابهة ، سيكون التاريخ الوظيفى للعميل ذا أهمية جوهرية . هل تتفق الوظائف التى شغلها العميل مع تاريخه التعليمى ؟ هل قضى العميل فترة طويلة بلا عمل ، أو فى تغيير متكرر لعمله أو كان غير راضٍ دائما عن العمل ؟ ومرة أخرى قد تشير المقارنة بين التاريخ الوظيفى وبين بيانات الوظيفة الحالية إلى مستوى صعوبات العميل الراهنة ، فقد تعزى الصعوبات الوظيفية إلى مشكلات سلوكية أو قد تكون ناتجة عن مشكلات أخرى تثير اهتمام الأخصائى الأكلينيكى .

وغالبا ماتشير خبرات المراهقة لدى العميل لبداية الصعوبات الاجتماعية والجنسية لديه ، ومن ثم يتعين فحص هذه المرحلة الارتقائية ومشكلات العلاقة مع المراهقين الآخرين . كيف تعامل العميل مع المعايير التى يضعها أقرانه للسلوك الجنسى والاجتماعى ؟ هل توجد أية فترة ملحوظة ، فقد فيها سعادته أو تعرض خلالها لحالة أنسحاب حادة ومستمرة ؟

والأمر المؤكد أن للتاريخ الجنسى للعميل أهمية عندما يشار إلى المشكلات الجنسية والعلاقات الزوجية أو بعض العلاقات الأخرى .

كيف يتعلق التاريخ الزواجى للعميل بتطور صعوباته ؟ مثال ذلك كيف تتعامل زوجة (أو زوج) العميل معه ؟ هل هناك مشاجرات دائمة أو تهديدات بالانفصال ، أو انفصال فعلى ؟ . ما حال الأطفال ؟ هل لديهم أية صعوبات ملحوظة فى البيت أو المدرسة ؟

وسيكون من المهم تحديد ما هى المساعدات السيكاترية أو النفسية أو الطبية التى حصل عليها العميل لعلاج مشكلاته الحالية أو غيرها . أى عقاقير تعاطاها إذا كان قد تعاطى شيئاً ؟ ومدى نجاح أو فشل هذا التدخل وبالأخص كما يراه العميل من منظوره الشخصى . ويتعين تأكيد أهمية هذه المعلومات لأنها غالباً ماستؤثر فى توقعات العميل من العلاج الحالى .

وقد يكون التاريخ الطبى للعميل ذاأهمية مباشرة أو غير مباشرة ، مثال ذلك تكرار الإقامة فى المستشفى فى فترة الطفولة قد يرتبط بأضطرابات سلوكية حتى فى مرحلة المراهقة (Rutter, 1977) وسيكون التاريخ الطبى ذا أهمية مباشرة بقدر أكبر ، عندما تكون شكاوى العميل الجسمية مثل الصداع ونوبات الدوار هى سبب تحويله . ويجب أن يتم فحص هذه الاعراض طبيا إذا لم يكن قد تم فحصها بالفعل، وقد تكون هناك اعراض جسمية ذات صلة بالسلوك موضوع اهتمام الأخصائى الأكلينيكى ، دون أن تكون هى نفسها المتغيرات المستهدفة فى العلاج . وتدخل فى هذه الفئة الأعراض الخاصة بالانسحاب الكحولى أو المخدرات مثلها فى ذلك مثل المؤشرات الدالة على التلف العصبى الدائم فى حالات الكحول

(1) Developmental

والإدمان.

ويتعين أن يكون الأخصائى الأكلينيكى قادرا على استشارة زملائه الاطباء ، عندما تحدث تغيرات فى الاعراض الجسمية إلى الأسوأ ، أو لم تستجب للعلاج السلوكى كما كان متوقعا . ويجب أن يوضح للعميل فى مستهل العلاج أن مسئولية أى حالة أو علاج طبى ستظل فى نطاق مسئولية الزميل الطبى للأخصائى النفسى الأكلينيكى أو مسئولية الطبيب الخاص للعميل . والأخصائى الأكلينيكى مسئول فقط عن الفحص والمساعده النفسية .

جدول (١ – ١) : ملخص جمع المعلومات

سبب الإحالة

وصف العميل لصعوباته الشخصية

لماذا كان التفكير فى الحصول على المساعدة (لماذا الآن ؟)

التاريخ الزمنى للصعوبات

وضع العميل : الزواجى ، الوظيفى ، أين يعيش ومع من ؟

رأى العميل فى العجز الناتج عن صعوباته (فى العمل ، ردود أفعاله ، علاقاته الاجتماعية ، سعادته الشخصية)

الأداء البيولوجى للعميل ومدى تأثره بصعوباته (فى الأكل والنوم ، والنشاط الجنسى ، المحافظة على وزنه) .

كيف يتعامل العميل مع الصعوبات ، كيف يتعامل الاخرون مع الصعوبات ، وماالعلاج المتخصص الذى حصل عليه ؟

الحالة المزاجية الغالبة لديه ، مزاجه فى أسوأ حالاته .

محتوى أفكار العميل

درجة اقتحام هذه الأفكار

الخبرات الحسية غير السوية فى كل الحواس .

الخبرات غير السوية فى علاقتها ببيئة العميل ، جسمه ، ذاته

مظهر العميل وسلوكه أثناء المقابلة الشخصية .

الأداء العقلى المعرفى (التوجه فى الزمان والمكان ، ذاكرته حول المعلومات الراهنة).

اتجاهات العميل نحو صعوباته

التاريخ الارتقائى والتعليمى والمهنى والجنسى والزواجى .

تاريخ الأمراض الجسمية الخطيرة

التعاطى المستمر للعقاقير (الكحول وغيره)

بقية الأسرة : خبراتهم فى المشكلات النفسية

الصياغة المؤقتة للمشكلة : ماأكثر الصعوبات المثيرة لاضطراب العميل ، ماالعوامل المؤثرة على هذه الصعوبة ؟ ما تأثيرات هذه الصعوبة (ما الآثار التى يمكن أن تحدثها إذا ظلت دون علاج) ، هل تبرر هذه الآثار التدخل ؟ ما البيانات الإضافية المتاحة (من خلال مقابلات اخرى أو أختبارات) والضرورية لاختبار هذه الفروض ، أى تدخل سيكون ضروريا ؟

الفحص السيكومترى

حددت المناقشة السابقة الخطوط العريضة للفحص ، التى يتعين أن يضعها الاخصائى الأكلينيكى فى اعتباره عندما يقوم بالفحص الأولى . وقد جرت محاولات عديدة لتطوير ، بطاريات للتقرير الذاتى بهدف خفض العبء الذى يقع على كاهل الأخصائى الأكلينيكى فى هذه المرحلة ولتجنب نسيان الموضوعات الجوهرية فى الفحص ، ولجعل الأخصائى الأكلينيكى يركز على الفحص الأكثر انتقائية . ويجب أن تتصف مثل هذه البطاريات بسهولة تقدير ثباتها وصدقها ، مقارنة بالفحوص ذات النهايات المفتوحة (الحرة) من النوع الذى سبق وصفه .

وقد وصف كوتيلا وأبر Cautela and Upper (1976) على سبيل المثال إجراء مسحيا للراشدين ، يتكون من أربعة أجزاء هو بطارية المقاييس السلوكية (١) يستخدم فيها استبيان للتحليل التاريخى للسلوك (٢) ، وقائمة تقديرات ذاتية سلوكية (٣) وقائمة تقديرات ذاتية للسلوك (٤) مع قائمة مسح التدعيمات (٥) وقائمة لمسح المخاوف (٦) . ولسوء الحظ فإن المؤلفين لم يقدموا أية بيانات سيكومترية لأستبيان التحليل التاريخى للسلوك أو قائمة التقديرات الذاتية للسلوك ، كما أن هناك مجالات لم تغط بطريقة جيدة مثل السلوك الجنسى ، الذى لايجوز دائماً عدم العناية بفحصه ، أو القيام بفحصه بالضرورة ، بالإضافة إلى مجالات أخرى كالأداء العقلى . وبالتالى لا يبدو هذا المنحى ملائما من حيث تغطيته المعلومات المناسبة ، ومن حيث كونه شديد الشمول . وعلى هذا فمن غير المرجح أن تتمكن هذه البطارية بالذات من توفير أية مزايا ، تفوق الفحص الانتخابى الذى سبق وصفه.

وقد استخدم اختبار وكسلر للراشدين (Wais; Wechsler, 1981) بوصفه اختبار تمييزى لمحاولة اكتشاف كل الأمراض النفسية تقريباً ، غير أن نقص صدق كثير من هذه المحاولات يبدو من الأمور الواضحة (Frank, 1983)

استبيان الصحة العامة (٧) (GHQ)

يستخدم استبيان الصحة العامة (Goldberg and Williams, 1988) على نطاق واسع للكشف عن الكرب السيكايترى في عينات الراشدين ، وفقًا لتعريفه بالخصائص المعيارية للمقابلة السيكايترية . وتتضمن الصورة الأصلية ٦٠ سؤلا . غير أنه أمكن من خلال استخدام تحليل التجمعات (٨) والتحليل العاملى (٩) التوصل إلى صور مختصرة من ٣٠ ، ٢٨ ، ١٢ بنداً . وقد أشارت هذه التحليلات إلى

---

(1) Behavioural Inventory Battery
(2) Behavioural Analysis History Questionnaire (BAHQ : ibid.)
(3) Behavioural Self-.Rating Checklist (BSRC; ibid)
(4) Behavioural Self-Rating Checklist (BSRC; Cautela and upper, 1975)
(5) Reinforcement Survey Schedule (RSS; Cautela and Upper, 1976)
(6) Fear Survey Schedule (FSS; Geer, 1965)
(7) The General Health Questionnaire (GHQ)
(8) Cluster Analysis
(9) Factor Analysis

حساسية استبيان الصحة العامة GHQ للكرب السيكايترى بوصفه متغيراً نوعيًا ، وكذلك للقلق والاكتئاب والشكاوى البدنية مثل الصداع . كما أشارت بعض التحليلات لمكونات أخرى مثل الأداء الاجتماعى واضطرابات النوم (Goldberg and Williams, 1988) . وتستخدم فى استبيان الصحة العامة نقاط حدية [1] لعدد الشكاوى التى يشير إليها المستجيب لتحديد ما إذا كان يعانى من كرب سيكايترى أم لا . وقد حددت النقاط الحدية للإقلال لأقصى درجة من مخاطر القرارات غير السليمة . أى التحديد الخاطئ للمستجيب باعتباره سليماً أو التحديد غير الصحيح له على أنه مكروب .

ويظهر تحليل الخصائص العاملة للمتلقى مزايا وعيوب النقاط الحدية المختلفة فى عمليات المسح . وتختلف هذه النقاط الحدية اختلافات جوهرية من دراسة لأخرى وبالأخص بالنسبة للصورتين ذات الـ ٢٨، ١٢ بندا والدرجات الحدية الأكثر شيوعا هى ١١ شكوى فى استبيان الصحة العامة نو الـ ٦٠ بندا ، ٦ شكاوى فى الصورة ذات الـ ٣٠ بندا (Goldberg and Williams, 1988) .

وتتميز صورتى استبيان الصحة العامة GHQ ذات الـ ٦٠ ، ٣٠ بندا باتساق داخلى [2] مرتفع ، كما أن لهما ثبات إعادة اختبار [3] مرتفع لدى المفحوصين ، الذين أظهروا صورة غير متغيرة للكرب السيكايترى (Goldberg and Williams, 1988) وغالبا مايبدو أن استبيان الصحة العامة قد احسن تصميمه للكشف عن الكرب فى الحالات الحديثة ، ويقدم لكل الأسئلة فيه بعبارة : «هل كنت حاليا ....» ويمكن أن يفشل المرضى المزمنين من أصحاب الصعوبات الخطيرة مثل القلق الشامل فى الأعتراف بالأعراض نتيجة الإجابة بـ «لا . أنا أشعر دائما بهذه الحالة» . والأستبيانات الأخرى مثل قائمة الأعراض الـ ٩٠ (انظر فيمايلى) أكثر مناسبة للكشف عن الصعوبات المستديمة .

قائمة الاعراض الـ ٩٠ - المعدلة [4] (SCL - 90 - R)

تعد قائمة الأعراض الـ ٩٠ - المعدلة (Derogatis, 1977) واحدة من أوسع استبيانات الفحص العام استخدامًا . وهى تتضمن تسعين سؤلاً مصممة لقياس تسعة أبعاد نفسية مرضية كما تحددت من خلال التحليل العاملى ، وهى : الأعراض الجسمية (مثل صعوبة أن تتنفس) ، صعوبات الوساوس القهرية ، الحساسية الشخصية (مثل الإحساس بالدونية تجاه الآخرين) ، الاكتئاب ، القلق ، الغضب ، العداء ، قلق الخوف ، أفكار العظمة والاضطهاد والذهانية (كأن توجد لديك أفكار لا تخصك) ، كما توجد بها سبعة أسئلة حول مشكلات متناثرة مثل عناء الدخول فى النوم . ويجيب المفحوص عن كل بند بأن يختار إجابة من بين خمسة بدائل تتراوح بين : «إطلاقا» و «بشدة» على السؤال : «ما مقدار ضيقك من .....» وهناك صورة مختصرة للبطارية (Derogatis and Melisaratos, 1983) لها معايير على عينة ضخمة من المواطنين الإنجليز فى المملكة المتحدة (Francis et al., 1990) ولسوء الحظ فإن معدل الاستجابة فى هذه الدراسة المسحية كان من الفقر إلى الدرجة التى لا يمكن معها القول أن العينة كانت ممثلة للمجتمع .

(1) Cut-off Points
(2) Internal Consistancey
(3) Test - Retest
(4) The Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)

وتميل قائمة الأعراض الـ ٩٠ - المعدلة (SCL -90-R) إلى تقديم مخطط [١] للحالة النفسية المرضية [٢] لكل مستجيب ، ويوفر المرجع الأصلى بيانات معيارية لعينات أكلينيكية وأخرى سوية . ولسوء الحظ فإن أربعة فقط من الابعاد التسعة المحددة فى المصدر الأصلى تم التوصل إليها فى دراسة تالية مستقلة (Cyr et al., 1988) . وقد كشف مسح للتراث أُعد لهذا الفصل عن عدم وجود محاولات مُرضية لتحديد الصدق الخارجى بالمقارنة بإجراءات تشخيصية أخرى .

وبالتالى فإن قائمة الأعراض الـ ٩٠ المعدلة يمكن استخدامها لمساندة المقابلة الأكلينيكية فقط بهدف تحديد المشكلات السيكاتيرية المختلفة .

ويبدو أن الصورة الأصلية من المقياس (SCL-90; Derogatis et al., 1973) مازالت مستخدمة فى أغلب الأحوال ، وبدرجة كبيرة ويرجع ذلك لسهولة استخدامها (.ibid) ويتعين استخدامها بحرص .

صياغة المشكلة

يتعين على الأخصائى الأكلينيكى أن يتخذ عددا من القرارات القائمة على أساس المعلومات ، التى يحصل عليها فى المقابلات الأولى مع العميل أو الإخبارى . ما المشكلة البارزة ، وما المتغيرات التى يجب أن تكون مستهدفة خلال العلاج ؟ وقد تختلف الإجابات عن هذه الأسئلة . من ذلك أن تكون المشكلة لدى رجل معين هى عدوانه تجاه زملاءه وتنغيصه لهم ، بينما يكون الهدف العلاجى هو مهارات القراءة التى تطورت بصورة ضحلة ، والتى يمكن أن تكون موضوعا للتعلم . ومن ناحية أخرى قد يتطابق السلوك المستهدف والمشكلة البارزة بشكل مباشر للغاية مثال ذلك أن صعوبات مريضة بخواف الاماكن المفتوحة [٣] تشكلت نتيجة عدم مغامرتها بالخروج من البيت ، ولعدم قدرتها على زيارة الحوانيت فى الجوار . ويكون السلوك المستهدف هو هذا التجنب الذى يمكن التعامل معه مباشرة ، من خلال برنامج للتعرض التدريجى .

وعلى الأخصائى الأكلينيكى إذاً أن يقرر بناء على فحص تفصيلى ولكنه انتخابى ما إذا كان العلاج ضروريا ، وما المتغيرات المستهدفة التى يتعين أن توجد فى هذا التدخل . وما إذا كان يجب أن يقوم به الأخصائى النفسى أو يقوم به زملاءه . ولهذا فإن تسجيل التفاصيل الموثوق فيها ، والتى يمكن الحصول عليها والتى سنجدها موضحة على امتداد بقية الكتاب ، ستكون المرحلة التالية فى الفحص .

إن اختيار الفحص فى هذا المرحلة سيعتمد جزئياً على الأقل على الفرض الذى صاغه الأخصائى الأكلينيكى حول استمرارية صعوبات العميل ، ويحتمل ، لسوء الحظ ، أن تكون عملية اتخاذ القرار هذه هى أضعف حلقة فى التقدير النفسى ، ولا تعطى أكثر المراجع انتشارا وتأثيرا فى التقييم السلوكى إلا القليل من الاهتمام لهذا الموضوع (مثال ذلك : (Hersen and Bellack, 1981; Ciminero et al., 1977)

ورغم ذلك فهناك منحيان مفضلان لدى الأخصائيين الأكلينيكيين ، يتضمن الأول وعلى نطاق واسع ممارسة يتم فيها تصنيف العملاء فى فئات للصعوبات بناء على وجود بعض الأعراض والشكاوى وقد وصف كوتيلا وابر Cautela and Upper (1973) نظام ترميزى سلوكى [٤] (BCS) يتضمن حوالى ٣٠٠ سلوك غير توافقى مصنفين فى ٢١ فئة كبرى .

(1) Profile
(2) Psychopathology .
(3) Agoraphobia
(4) Behavioural Coding System (BCS)

ولسوء الحظ .. فقد نشر أوفاريل وابر O'Farrell and Upper (1977) معاملات ثبات ضعيفة فيما بين الملاحظين لتصنيفات عينة من ٢٠ مريضا .

ويتضمن المنحى الثانى تحليلا وظيفيًا (١) يسعى لتحديد آليات استمرارية صعوبات المريض (Owens and Ashcroft, 1982; Cullen, 1983; Haynes and O'brien, 1990) يعتمد كثيرا على التفسير الاشتراطى الفعال لهذه الصعوبات . ولم يتم إلا القليل من البحوث العملية لاختبار ثبات وصدق عمليات اتخاذ القرار فى التحليل الوظيفى (Haynes and O'Brien, 1990).

وما نقترحه هنا هو أن الجمع بين التحليل الوظيفى والوصفى معا سيكون ضروريا . ومن ثم فإن القائمة التالية من الفئات تمثل محاولة أولية لتوجيه الأخصائى الأكلينيكى للقيام بفحص إضافى موصوف فى الفصول التالية من هذا الكتاب . ويتعين تحسين التصنيفات من هذا النوع بتحليل وظيفى من النوع الذي سيتم عرضه . ونحن لا ندعى شمولية هذه القائمة ، التى تم تأليفها من عدد كبير من فئات التشخيص السيكايترية (مثال ذلك : جميعة الطب النفسى الأمريكية ، ١٩٨٧) والتصنيفات المفضلة فى التراث البحثى النفسى الأكلينيكى.

إذاً فالأخصائيون النفسيون الأكلينيكيون ضالعين بنشاط فى الفحص والعلاج للاضطرابات المزاجية (مثال ذلك : القلق والاكتئاب والمخاوف) واضطرابات الوساوس القهرية ، ضعف الأداء العقلى ، التوقف الشامل لأرتقاء المهارات العقلية والمعيشية ، ضعف ارتقاء بعض المهارات المعينة أو عجزها (مهارات الاعتماد على الذات مثل تنظيم الروتين اليومى ، أو إدارة ميزانية البيت) السلوك الاجتماعى بما فى ذلك التوكيدية المناسبة ، التحصيل التعليمى (مثل مهارات القراءة) اضطرابات السلوك مثل العدوان والسرقة ، ادمان الخمور والمخدرات وغيرها ، اضطرابات الشهية (الإفراط فى الطعام ، أو التناول غير السليم) ، الانحرافات التى تكون فيها الأشياء الشاذة هى مصدر الجاذبية الجنسية ، المشكلات الجسمية مثل الألم المزمن ، اضطرابات النوم ، اضطرابات شرايين القلب والتنفس ، رعاية الصحة الجسمية ، آثار التلف العصبى ، والتلف المخى على وجه الخصوص .

التحليل الوظيفى

يسعى الأخصائى الأكلينيكى من خلال التحليل الوظيفى لتحديد المنبهات الفارقة والمدعمات المرتبطة بظهور السلوك موضوع الأهتمام الأكلينيكى ، كما يحدد أيضا خصائص أو شروط الموقف الذى يحدث فيه السلوك ، وحيث يتم تسجيل ظهور السلوك المختار خلاله ، مع تسجيل المنبهات السابقة و التالية على هذا السلوك (Haynes and O'Brien 1990) على امتداد أسبوع مثلاً . وقد تتضمن المنبهات السابقة ما الذى يفعله الآخرون ، أو ظهور أشخاص معينين ، كما يمكن أن تتضمن المنبهات التالية شيئا ماديا يعطى للعميل أويحصل عليه ، أو حدثًا اجتماعيًا مثل المديح ، أو قيام الآخرين بالضحك . مثال ذلك عميلة تعانى من اضطراب فى صورة الم مزمن ، مثل آلام أسفل الظهر مثلا ، فإن ما تراه وتدركه على أنه غضب من جانب زوجها يتبعه على الفور شكواها من أنها تعانى من عدم الراحة . ونتيجة لذلك يصبح الزوج أقل استثارة ويتقدم عارضا على زوجته أن يعد لها قدحا من الشاى ، أو يصبح جزءًا عليها بطريقة أخرى .

ويُلقى التحليل السلوكى من هذا النوع الانتباه أيضا على تأثير أحداث الموقف والأنشطة أو المواقف الممتدة . مثال ذلك أن السياق السابق وصفه قد يظهر فقط فى وجود أشخاص آخرين فى الموقف .

(1) Functional analysis

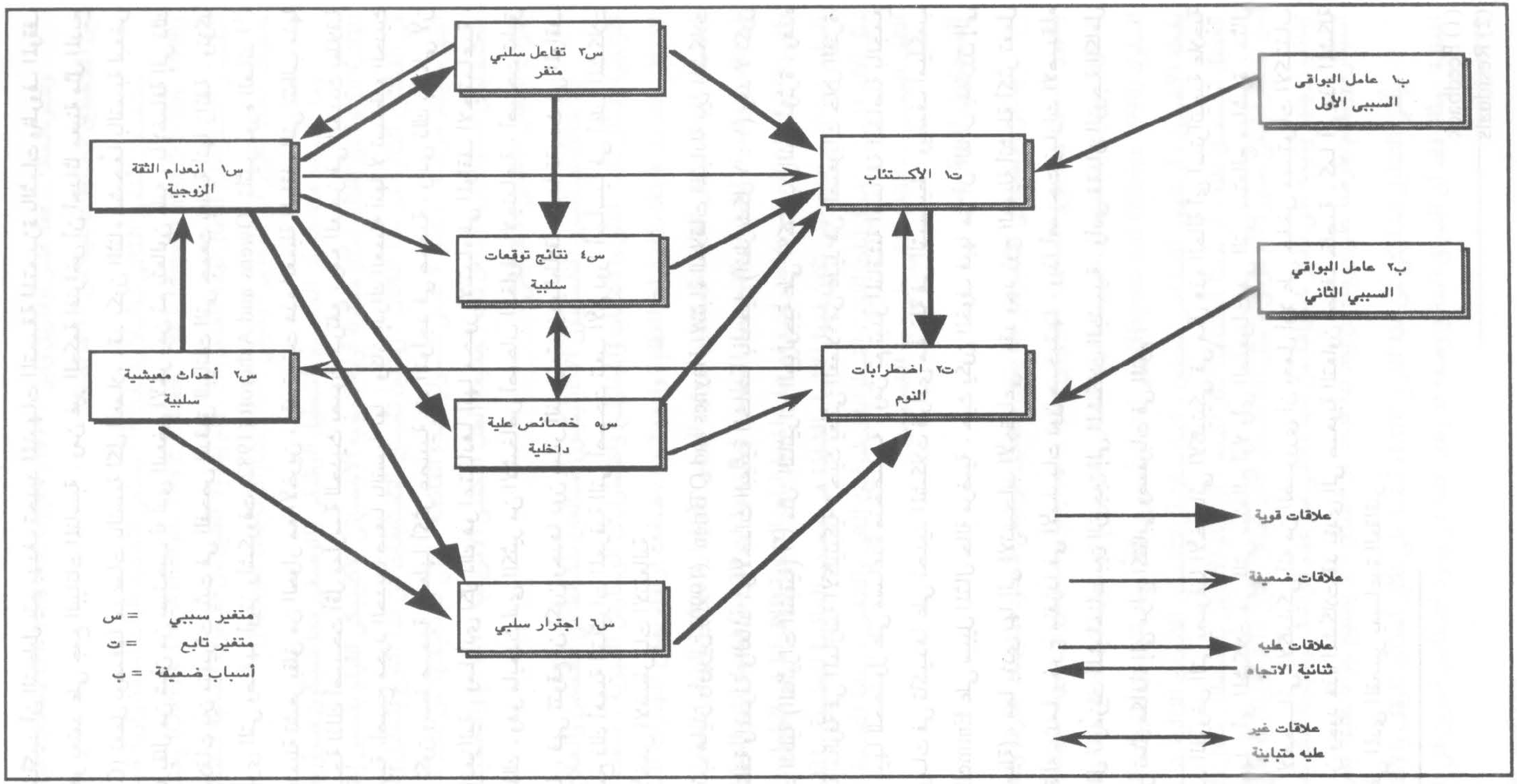
ويجب تأكيد أن التحليل يتم بهدف تحديد المنبهات المتسقة المتميزة بالثبات وظروف الموقف والمدعمات ، وهو يعتمد على جمع البيانات المناسبة . ومن غير الحكمة افتراض أن أحداثا معينة مثل المديح (Cullen, 1983) تعمل بوصفها مدعمات بالنسبة لكل العملاء . قد يكون الثناء مشجعًا بالنسبة لبعض العملاء ، ولكنه يقلل من شأن من يستجيب له لدى البعض الآخر ومن ثم يتعالون عليه . بالإضافة إلى ذلك يمكن إدراك علاقات بين متغيرات يثبت فى الفحص الدقيق للبيانات التى جمعت بعناية أنها زائفة . وتؤكد المفاهيم الأخرى التى وصفها أوينز وأشكروفت (1982) Owens and Ashcroft تأثير دوره العائد (١) وهما يصفان عميلة تشعر بقلق من الحوار مع الآخرين ، وقد تجنبت هذه العميلة المواقف التى تتطلب منها الحديث . ونتيجة لذلك أصبحت أقل ممارسة للحديث بصوت مرتفع ، ومع العجز فى الحديث بطلاقة مرتبطا بالعصبية ،أصبح مجرد الحديث صعبًا بالنسبة لها . وكان إدراك العميلة أنها لا تستطيع الحديث بطلاقة عندما تكون وسط صحبة يجعلها أكثر عصبية عند التواجد فى صحبة ، وأدى ذلك بالتالى لأن تصبح أكثر انعزالية . وما أدى لكل ذلك هو اعتقادها أنها محور الانتباه فى المواقف الاجتماعية ، بالاضافة إلى ذلك ، وهو مايحدث لدى الكثير من الأشخاص أصحاب المخاوف الاجتماعية ، أصبحت تطبق معايير مزدوجة ، فهى تتوقع أن تكون وحدها دون سائر الناس متميزه بالطلاقة عندما تتحدث فى المواقف العامة . ويوضح ذلك أهمية التأثيرات المعرفية التى أصبحت تلعب الآن دوراً أساسياً فى أغلب المشكلات النفسية ، وبالأخص الاضطرابات الانفعالية .

وقد جذب هاينز وأوبرين (1990) Haynes and O'Brien الانتباه للعلاقات المتبادلة بين المشكلات السلوكية المختلفة والمعرفة والعائد ، والأحداث البيئية الخاصة بالعميل (انظر شكل ١ : ١) وقد لا تكون بعض التأثيرات العلية (التأثيرات المتبقية) (٢) مثل التأثيرات البيولوجية على الاكتئاب والنوم مؤثرة . وهذه الصورة المركبة مألوفة فى الممارسة الأكلينيكية ؛ حيث يعانى العملاء من عديد من الصعوبات خلال الفترة، التى يسعون فيها للحصول على مساعدة متخصصة . ومن ثم تبدو المناقشة السابقة الخاصة بالجمع الأولى للمعلومات فى تأكيدها على تحديد المشكلات فرادى مفرطة فى التبسيط . ويصف اميلكمب (1982) Emmelkamp على سبيل المثال حالة مرضية ، حيث يكون الخوف فيها من أن الناس ينظرون إلى الشخص (العميلة) ، مما يؤدى بها إلى الانسحاب الأجتماعى . وقد وجد زوج العميلة أنشطة أكثر تعمل بمثابة المكافأة له عندما يخرج منفردا فى الأمسيات دون صحبتها ، وبذا أصبحت زيارات الاصدقاء المنزلية أقل وأقل ، وعُزيت المشاحنات بين الزوجين إلى المشكلات الجنسية . وأدى فقدان الزوجة الكامل للأنشطة ، التى تمثل مكافأة إلى مزاج اكتئابى وصعوبات فى النوم .

وستحدد الفروض التى يصوغها الأخصائى الأكلينيكى فى مثل هذه الحالة أى استراتيجية علاجية يمكن استخدامها : أى المشكلات هى التى ستعالج أولا وأى الصعوبات هى التى ستعالج مباشرة . مثال ذلك قد يرى الأخصائى الأكلينيكى أنه من الضرورى أن يعمل أولا على خفض مستويات الاكتئاب والأرق ؛ حيث أن وجود هذه المشكلات قد يؤدى إلى صعوبة التعاون بصفة خاصة . كما أن هذه المشكلة يمكن علاجها فى المدى القصير بمساعدة العقاقير .

---

(1) Feedback
(2) Residuals



شكل (١-١) :نموذج التحليل الوظيفى السببى لعميل شكاواه الأساسية هى أرق مرحلة بدء الدخول فى النوم ، وانخفاض فى التفاعل الاجتماعى والسلوك الترفيهى.

Source : Clinical Psychology Review, 10, Haynes and O'Brien ,1990 : 662 © 1990. With kind permission of Elservier Science Ltd. The Boulevard, Langford Lane, Kidlington OX5 1GB, UK.

وكثيرا ما تساعد استجابة العميل للعلاج لاختبار الفروض ، وبالتالى فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يكون مستعدا لصياغتها بمجرد تقدم العلاج . وقد تتغير ايضا العلاقة بين المتغيرات المختلفة و طبيعة المهام الأكلينيكية فى المقابل ، وقد وصف بارلو وماڤيساكليان Barlow and Mavissakalian (1981) كيف أن الشفاء من خواف الأماكن المكشوفة كان مصحوبا برضاء زواجي متزايد لدى بعض العملاء ، ولكنه كان مصحوبا بتناقص لهذا الرضا لدى عملاء آخرين ، ولهذا فإن فحوص تجارب الحالة المفردة (١) لهذه القضايا من الأمور بالغة الأهمية (انظر الفصل ٣٧ لـ Morley) .

ويتعين تجنب بعض مصادر التحيز المعينة عند جمع البيانات ووضع الفروض ، فحتى صحة الأحكام الأكلينيكية ودقتها يمكن ان تضعف رغم خبرة الشخص كأخصائى أكلينيكى ، وربما يتعين مع زيادة ثقة الأخصائى فى نفسه طرح الأحكام القائمة على الخبرة والحدس والمستندة إلى القليل من المعلومات غير الكافية (Watts, 1980) .

ومن ناحية أخرى ، ولحسن الحظ ، فإن الإشراف والعائد يمكن أن يساعد الأخصائيين الأكلينيكين فى جمع بيانات على قدر كبير من الدقة خلال المقابلة (Brown et al., 1982) . ويؤدى استخدام الأسئلة الدقيقة والمدققة فى موقف المقابلة لهذه النتيجة ، دون الإضرار بجمع المعلومات عن المشاعر والانفعالات (Coy et al., 1981, a;b) .

مصدر آخر للتحيز يمكن أن يوجد فى ميل الملاحظين لإعزاء أسباب السلوك لعوامل داخلية ، مثل الشخصية ، عوضا عن العوامل البيئية (Watson, 1982) كما يميل الملاحظون بالمثل للتأكيد على تأثير الأحداث الداخلية لدى العملاء لدرجة إهمال المستوى القاعدى من المعلومات والتقديرات الأخرى المرجحة إحصائيا (Tversky and Kahneman, 1982; Meehl, 1973) . ومن ثم فقد يركز الفاحص على الفحص المعرفى للعميل ، دون أن يضع فى اعتباره ترجيح سلوك معين ، سبق تقييمه فى دراسة وبائية .

ولهذا قد توجد بعض المميزات فى تذكر أن ما بين ١٢ - ٢٠ بالمئة من الرجال و ٢٠ - ٣٠ بالمئة من النساء على سبيل المثال يعترفون بخبرات اكتئابية فى وقت ما من حياتهم (Boyd and Weissman, 1982) وعلى سبيل المثال أيضاً فإن ما يصل لحوالى ٨ بالمئة من الراشدين في المملكة المتحدة لديهم مشكلة افراط خطير فى المشروبات الكحولية وسيكون الترجيح بالزيادة لدى من هم أصغر ، وغير المتزوجين أو المطلقين من الذكور وأصحاب المشكلات الاكتئابية (Office of Health Economics, 1981).

تقييم القدرة المعرفية

من النادر الآن القيام بفحص روتينى للقدرات المعرفية المهمة كالذكاء والذاكرة على وجه الخصوص . ويستثنى من ذلك الفحص النفسى العصبى (٢) وفحص الأطفال . وما نقترحه هنا هو وجوب القيام بمثل هذا الفحص فى حالة واحدة فقط ، وهى الحالة التى يمكن أن تؤدى فيها البيانات إلى تنبؤات واضحة . من ذلك أن التحصيل التعليمى ، فى القراءة والمهارات العددية بالذات يمكن التنبؤ بهما بقدر محدود من الصحة من تقييم نسبة الذكاء على اختبار وكسلر المعدل للراشدين (٣) (Frank, 1983) كما أن التنبؤ بالأداء المهنى ، وتحديد الوظيفة التى ستكون الأكثر مناسبة للعميل يمكن أيضا أن يفيد من المعلومات المستخلصة من بيانات اختبارات الذكاء (Salmon, 1970) .

(1) Single Case experimental investigation
(2) Neuropsychological
(3) WAIS-R

ومن المعترف به أن اختبار وكسلر المعدل للراشدين والاختبارات الأخرى المفضلة لدى علماء النفس العصبي [١] لا تتوفر عنها إلا بيانات صدق محدودة تساعد على التنبوء بالأداء اليومى للعملاء . (Heaton and Pendleton, 1981) . وتفشل مثل هذه الاختبارات فى تقديم الإجابة عن سؤال : ما الدرجة المطلوبة على هذا الاختبار للتنبوء أن العميل سيكون قادرا ، مثلا على استئناف عمله بطريقة ناجحة . ومن غير المرجح إمكان الإجابة بطريقة صحيحة عن تساؤلات الإحالة المتعلقة بالتنبؤ بقدرة العميل على ممارسة المهارات المنزلية لرعاية الذات من معلومات اختبارات الذكاء، والأكثر مناسبة فى هذه الحالة هو فحص هذه المهارات مباشرة بواسطة مقياس هال وبيكر لإعادة التأهيل [٢] على سبيل المثال (Hall and Baker, 1983) .

وبعض قضايا التشخيص المعينة التى ظلت موضوعا للفحص السيكومترى لزمن طويل ، ومنها على سبيل المثال قضية التمييز بين الآثار التى ترجع إلى التلف المخى ، وتلك التى ترجع إلى الفصام ، أو التمييز بين الاكتئاب وبعض مصادر العجز الأخرى تعد هى الأخرى من القضايا الجديرة بالاهتمام و هي من القضايا التى يمكن بحثها باطمئنان بواسطة اختبار وكسلر المعدل للراشدين ، وبيانات اختبارات الذاكرة (Heaton et al., 1979; Miller, 1975) وهكذا يبدو أن هذه الأختبارات مهجورة أيضا على نطاق واسع حتى بالنسبة لهذه الأعراض ، وعلى الرغم من ذلك ، فحيثما يمكن القيام بتنبوءات غير دقيقة من بيانات نسبة الذكاء فإن اختبارا سريعا مثل المصفوفات المتدرجة لريفن (Raven, 1992) ومقياس الميل – هيل للمفردات [٣] (Raven, 1994) سيكون مناسبا . وقد يكون الأخصائى الأكلينيكى شغوفا تحت ظروف معينة بمعرفة ما إذا كان تدخلا طبيا أو جراحيا أدى إلى إضعاف أداء العميل فى الانشطة اليومية ، وفى هذه الحالة يمكن استخدام مجموعة واسعة المدى من اختبارات القدرات تتضمن وكسلر المعدل للراشدين واختبارات الذاكرة . ومع ذلك ، نكرر مرة أخرى أنه يتعين تفسير التغيرات فى نتائج مثل هذه الاختبارات بحرص . مثال ذلك أن اختبارات الذاكرة قد لا تعكس مهارات العميل فى التذكر فى الحياة اليومية (Erickson and Scott, 1977) . وكثيرا مايهتم الزملاء من الأطباء بفحص العميل لتعرف التلف المخى ، وهم يطلبون إجراء اختبارات نفسية لهذا الغرض ، وعلى الرغم من الاعتقاد المنتشر على نطاق واسع والإصرار من جانب الأكلينيكيين على أن التعارض بين نسبة الذكاء اللفظية والأدائية يمكن أن يكشف عن التلف المخى دون الأخذ فى الأعتبار موضع هذا التلف ، فإن هذا الأمر لا يلاقى تبريرا (Todd et al., 1977; Godden, 1979). مثال ذلك أن تود Todd وزملاءه قاموا بفحص نسب الذكاء المستخلصة من اختبار وكسلر للراشدين لدى خمس مجموعات من المفحوصين ممن ظهر من الفحص العصبى أن لديهم تلفًا مخيًا سواء فى نصف الكرة الأيمن أو الأيسر ، أو تلف منتشراً ، أو تلفًا مخيًا غير محدد الموضع ، وتكونت المجموعة الضابطة من مرضى سيكايتريين ، ولم تظهر أية فروق دالة فى مقدار التعارض بين الذكاء اللفظى والادائي عند هذه المجموعات . لهذا استخلص المؤلفون أن التعارض على مؤشر وكسلر للراشدين (وهو التميز فى نسب الذكاء اللفظية على الأدائية) هو محدد غير حساس للتلف المخى أو لتحديد موضع مثل هذا التلف .

وتدعو البحوث الحديثة إلى تحديد البنية العاملية لاختبار وكسلر للراشدين بما يمكن من التمييز بين التلف المخى فى الجانب الأيمن والتلف المخى فى الجانب الأيسر . (Canavan and Beckman, 1993) .

---

(1) Neuropsychologists
(2) Hall and Baker Rehabilitation Assessment
(3) Mill-Hill Vocabulary test .

غير ان هذه الدعوى تبدو مضللة . وقد قدم نيلسون (Nelson, 1991) أساليب أخرى للكشف عن العجز فى القدرات المعرفية والذى يمكن أن يكون مرتبطا بالتلف المخى ، وفيها يستخدم اختبارا للقدرة على القراء هو «اختبار القراءة الوطنى للراشدين» (١) للتنبوء بنسبة الذكاء قبل المرضية ، غير أن الخطأ المعيارى (٢) لهذا التنبؤ كبير ، وبالتالى فإن التنبؤ بواسطة مقياس كامل لنسبة الذكاء سيكون فى حدود ± ١٥ نقطة ذكاء عند مستوى ثقة ٩٥ فى المئة .

ضعف الأداء الاجتماعى

ربط عدد من المؤلفين (مثل Brown and Harris, 1978) بين ظروف المعيشة غير الملائمة والاضطراب السيكايترى . وقد وجد هذان المؤلفان أن الاكتئاب لدى النساء مرجح بدرجة أكبر إذا لم تكن لديهن وظيفة خارج البيت وكان لديهن أربعة أطفال أو أكثر ، ويفتقدن الثقة فى أنفسهن . بينما لاحظ مؤلفون أخرون مستويات ضعيفة فى الدخول وفى ظروف المعيشة والأنشطة الترفيهية ، والاتصالات الاجتماعية والوظيفية (Cooper, 1973) . وقد يكون ذلك ناتجا عن الاضطراب السيكايترى أو مترتبا عليه .

ومع ذلك فإن قرار التدخل يعتمد على المدى الذى يبدو فيه أن صعوبات العميل يمكن أن تعزى إلى مثل هذا الضعف . مثال ذلك إذا كانت إعاقة العميل تتضمن ، نتيجة لقلقه من السفر باستخدام وسائل المواصلات العامة ، عدم قدرته على السفر إلى خارج البلاد فى الإجازات ، فلايمكن النظر إلى هذه المشكلة بالقدر نفسه من الإلحاح الذى ينظر به إلى مشكلة عميل أخر غير قادر على السفر للعمل ، والذى قد يتعرض زواجه نتيجة لذلك إلى المتاعب .

ويصف الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للأمراض العقلية (٣) DSM-III-R (American Psychiatric Associatioon, 1987) مقياسا رتبيا مختصراً هو مقياس مجمل الأداء (٤) يتضمن الخطوط العريضة لمجالات الأداء الاجتماعى ، التى يمكن قياسها للوصول إلى درجة كلية ، وتوجد تعليمات توضح طريقه إكمال هذا المقياس فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل . ويتوفر من خلال المقابلات المقننة قياس أكثر شمولا للأداء الاجتماعى . هو تقدير أداء الشخصية الراشدة (٥) (APFA; Hill et al., 1989) ولهذا الأسلوب تقييم سيكومترى شامل ، إلا أنه بطئ للغاية بما لا يناسب الاستخدام الأكلينيكى الروتينى .

وقد وصف كلار وكيرنس Clare and Cairnes (1978) مقابلة شخصية مقننة تستغرق ٤٥ دقيقة يتم خلالها تقييم عدة مجالات تتعلق بالظروف المادية وإمكانات العميل ورضائه ، مثل : الظروف المنزلية ، والعمل مصحوبا بالقواعد الاجتماعية ، والوضع الاقتصادى مع الترفيه ، والنشاط الأجتماعى ، والأسرة ، والعلاقات الزوجية .

ويذكر المؤلفان أن لهذا الأسلوب ثباتًا «بين الملاحظين» (٦) مرتفع لأغلب البنود على عينة من أربع

(1)The National Adult Reading Test
(2) Standard error
(3) Diagnostic and Statistical Manual - III-R
(4) Global Assessment Functioning
(5) The Adult Personality Funcioning Assessment
(6) Inter-Observers .

ملاحظين . ومع ذلك فمن غير الواضح الكيفية التى تميز بها بعض هذه المقاييس الرتبية أو إلى أى درجة تتأثر بالتحيزات . يبدو ذلك على وجه الخصوص فى المقاييس المصممة لقياس مستوى رضاء العميل وإنجازاته فى عديد من الأنشطة (قارن المناقشة المتعلقة بالخصائص الإحصائية للفحص والمقاييس التى ستأتى فيما بعد فى هذا الفصل) . ومع ذلك فإن المجال الواسع للمقابلة يوفر موشرات مفيده للتقصى حول الضعف المصحوب بأضطراب نفسى .

ويصف كوبر وزملاؤه (1982) .Cooper et al بطارية تقديرات ذاتية تغطى مضمونا مشابها . نشرت صورتها المبكرة فى الولايات المتحدة . (Weisman and Bothwell, 1976) ويغطى المقياس مستويات الأداء فى العمل (داخل البيت وخارجه) والعمل المنزلى ، والأنشطة الاجتماعية و الترفيهية ، والعلاقات مع بقية افراد الأسرة .

التقييم المهـــنى

تتضمن بطارية اختبارات تقييم التدريب والعمل [1] (ATE; Psychological Corporation, 1992) عددا من الأختبارات لتقييم المهارات الأساسية لدى الراشدين مثل الأعداد والقراءة والاستعدادات ذات الصلة بالعمل والاهتمامات المهنية ، والسلوك الاجتماعى المناسب للعمل . وبها اختبار مختصر يسمح للأخصائى الأكلينيكى باختيار الاختبارات المناسبة للقياس الموسع .

تقييم القراءة والعد فى بطارية تقييم التدريب والعمل ATE

تسمح اختبارات الورقة و القلم ذاتية التطبيق للأخصائى الأكلينيكى بمقارنة أداء العملاءعلى الاختبارات الأساسية للمفردات والقراءة والفهم وعمليات العد ، وحل المشكلات . ويجب اعتماد هذه الاختبارات فى تحديد ما إذا كان العميل يحتاج للمساعدة لزيادة تحصيله فى القراءة والعد نتيجة للانقطاع عن الدراسة مثلا ، وحيث يمكن أن يعزى القلق الاجتماعى وغيره من الصعوبات فى مرحلة الرشد لمثل هذه الآفات .

ويمكن مقارنة الدرجات على الاختبارات الأساسية بالمعايير ، بواسطة تحويلها إلى مئينات اعتمادا على بيانات عينة التقنين التى تبلغ حوالى ٨٠٠ مفحوص اختبروا أثناء اشتراكهم فى التدريب المهنى والتدريب الشبابى على امتداد المملكة المتحدة . إلا أنه من غير الواضح الكيفية التى اختيرت بها هذه العينة ، وأى مستويات القدرة وفق تحديدها باختبارات الذكاء العام اختيرت لتمثيلها ، وبالتالى فالتنبؤات القائمة على هذه الاختبارات حول أى مستويات القدرات العددية والقرائية يمكن توقعها من العميل ، وفق درجاته على اختبارات الذكاء ، مثل وكسلر المعدل للراشدين أو المصفوفات المتدرجة لريفين يتعين أن تتم بحرص . وبالتالى فمن غير الواضح إذا كانت درجة متوسطة لعميل على وكسلر المعدل للراشدين (نسبة ذكاء حول ١٠٠ على المقياس كاملا) تجعل من المتوقع وصوله إلى أداء متوسط على بطارية اختبارات تقييم التدريب والعمل الأساسية ATE .

(1) Assessment of Training and Employment (ATE)

اختبارات الاستعدادات الفارقة فى بطارية تقييم التدريب والعمل .

قصد بتصميم اختبارات الأستعدادات الفارقة [1] (DAT) قياس ثمانية استعدادات أساسية هى : الأستدلال اللفظى ، القدرة العددية ، الاستدلال المجرد ، السرعة والصحة الكتابية ، الاستدلال الميكانيكى، القدرة على إدراك العلاقات المكانية ، القدرة على الهجاء ، واستخدام اللغة ، ولهذه الاختبارات تاريخ طويل كما أنها مقننة على عينات من المملكة المتحدة ، وهى على الأرجح أفضل اختبارات يمكن استخدامها مع المرضى لأنها غير محددة الوقت .

الإرشاد المهني : توفر بطارية تقييم التدريب والعمل ATE مؤشرات عريضة لاقتراح الوظيفة المناسبة للعملاء اعتمادا على تقييمهم بالاختبار المشار إليه . وفى ضوء التاريخ التعليمى للعميل وأجاباته على اختبارات الاهتمامات المهنية وبطارية الصفات الشخصية [2] .

المساندة الاجتماعية : مقياس الآخرين ذوى التأثير [3] (SOS) .

كثيرا ما يُعتقد أن سعى الاشخاص الذين يعانون من الكرب للحصول على العون المهنى المتخصص إنما يعزى لافتقادهم المساندة الاجتماعية الفعالة من الأصدقاء والأقارب . وهذه المساندة الفعالة من الأصدقاء والأقارب ذات عون كبير فى مساعدة هؤلاء الناس على الشفاء من الكرب الحاد ، أو التعامل معه دون حاجة للعون المهنى . وقد يساعد الأخصائيون الأكلينيكيون المرضى فى الحصول على هذا النوع من المساندة . وقد يكون مقياسا أساسيا للمساندة الاجتماعية مثل مقياس الآخرين ذوى التأثير مفيدًا فى ذلك (Power et al., 1988; Reproduced by Milne, 1992) وقد صمم مقياس الآخرين ذوى التأثير (SOS) لقياس الدعم العاطفى والعملى ، الواقعى والمثالى . والدعم المثالى هو القدر من الدعم الذى يعتقد العميل فى ضرورته «إذا .. سارت الأمور بالضبط كما تتوقع ... » . وهناك صورتين ، طويلة وقصيرة لمقياس الآخرين ذوى التأثير . ويُسأل العميل فى كليهما أن يذكر أسماء ، حتى ستة أشخاص يعرفهم ، وأن يقوم بترتيبهم على مقياس من سبع نقاط (بدءاً من إطلاقا حتى دائما) فى مقدار اعتماده عليهم لتقديم العون (المساندة الفعلية) أو مقدار مايتوقعه منهم من عون (المساندة المثالية) وذلك فى عدد من الأنشطة . مثال ذلك أن يطلب من العميل وصف مرات حصوله على المساندة من «س» من الناس واعتماده عليه فى الأوقات الصعبة . وثبات إعادة الاختبار لهذا المقياس متوسط (Power et al., 1988) كما اختبر صدقه بطرق مختلفة من بينها القدرة على التمييز بين المجموعات المختلفة (طلاب جامعيين ، مسنين ، راشدين من المصابين بمرض باركنسون ، وأولئك الذين يقومون برعايتهم) ممن أعتقد المؤلفون أنه سيميز بين إدراكهم الواقعى والمثالى للمساندة الاجتماعية (Milne, 1992) .

ويعد مقياس الآخرين ذوى التأثير فى مراحل التطور المبكرة ، والحاجة ماسة لتوفر بيانات لاختبار صدقه وثباته . وبالإضافة إلى ذلك فمن الصعب التنبؤ بأى مستوى من المساندة الاجتماعية هو المرغوب . ويعتقد المؤلفون أن التعارض (الفرق) بين المساندة المثالية والواقعية يتعين أن يكون فى حده الأدنى . ومن

(1) Differential Aptitude Tests (DAT)
(2) Personal Qualities Inventory
(3) The Significant Others Scale (SOS)

المؤكد أن خبرة مساندة أقل بكثير مما يعتبر مثاليا يمكن أن تكون مصدرا للكرب بالنسبة لبعض العملاء. ومع ذلك فبعض العملاء يمكنهم الجدال فى أن المساندة التى يتعين أن يحصلوا عليها هى التى سترضيهم أكثر فى وضعهم الراهن. ويبدو من المؤكد أن المسنين يميلون لهذه الوجهة من النظر (lam and Power, 1991) ويُلتقَى خلال الممارسة الأكلينيكية بالكثير من العملاء ممن يكونون معزولين تماما عن أى مصدر للعون. بينما سيكون لدى البعض الأخر عدداً من الأصدقاء والأقارب الذين يعتمدون عليهم. وسيكون من الضرورى، من ناحية أخرى، تقرير إذا ما كان هذا العون مفيدا، أوترجيح استمراره بقدر الإمكان طالما صعوبات العميل مازالت مقاومة. ويفقد الكثير من المرضى من أصحاب الصعوبات المزمنة المعاونة التى يعتمدون عليها أساساً أو يعارضونها.

اتخاذ القرار الأكلينيكى

أشارت المناقشة السابقة لبعض العوامل المؤثرة فى القرار الأكلينيكى، من ذلك العلاقة الوظيفية بين صعوبات العميل الأساسية وبين المتغيرات الأخرى، وكذلك درجة العجز التى يبدو أنها نتجت عن هذه الصعوبات. كما يتعين أن تؤخذ فى الحسبان بعض الأسئلة الأخرى. وسيكون القرار الأول هو ما إذا كان العلاج مطلوباً أم لا. لهذا سيكون من الضرورى الإجابة عن السؤال التالى: ما الثمن الذى سيدفعه العميل والآخرين إذا تركت صعوباته دون علاج؟ هل سيكون العميل أكثر أم أقل بؤسا؟ أو هل سيسبب العميل كربا أكثر للآخرين إذا ظلت مشكلاته دون علاج؟ وفى مقابل ذلك السؤال عن التكلفة الناتجه عن التدخل المتوقع كما لو كنا إزاء حالة استئصال ورم مبكر مثلا. ويتعين أيضا أن توضع فى الاعتبار درجة حدة المشكلة، على الرغم من أنه من النادر أن يكون هذا العامل معزولا عن المتغيرات التى سبق الإشارة إليها. ويمكن قياس حدة المشكلة بواسطة مقارنة قياسات المتغيرات موضوع الاهتمام بالبيانات التى سبق الحصول عليها من مفحوصين آخرين مشابهين فى العمر والخصائص نفسها. أى إجراء مقارنة معيارية. وسيكون من المفيد بالتالى أن يعود الأخصائى الأكلينيكى لجداول المعايير للمتغيرات المعينة، ويقرر بناء عليها القيام بالعلاج إذا ظهر أن العميل يعانى من متاعب استثنائية فى المتغير المستهدف (Harman et al., 1979) مثال ذلك إذا كان العميل ضعيف المهارة بصورة واضحة فى القراءة عن عملاء آخرين فى العمر نفسه والخلفية الاجتماعية نفسها، والقدرة ذاتها فسيكون من المناسب تمرينه على المهارات القرائية (Rutter and Yule, 1977) وسيكون ذلك مهما على وجه الخصوص طالما يدرك العميل أنه أقل انجازاً من أقرانه.

وكما سبق الإشارة فإن العملاء قد يظهرون صعوبات أساسية متعددة يمكن أن تكون جميعها أهدافا للتدخل العلاجى. ويتعين أن يتخذ فى هذه الحالة القرار المتعلق بأى منها سيكون صاحب الأولوية على أساس العلاقات الوظيفية. غير ان الشدة النسبية للمتغيرات المختلفة يتعين ايضا أن توضع فى الاعتبار.

ولتحديد هذه الشدة النسبية يجب أن تكون البيانات الخاصة بالمتغيرات المختلفة فى صورة تسمح بالمقارنة. نقصد بذلك أن تتوفر عنها الدرجات المعيارية المستخلصة من توزيع اعتدالى لعينة التقنين (Guilford and Fruchter, 1981) وإذا كان للمتغيرات التى قيست معايير فى مجموعات معيارية مختلفة فيجب أن تكون جميعها متشابهة فى بنيتها، وتشيع المقارنات من هذا النوع فى اختبارات الشخصية (Harris, 1982) وقد سبق أن اوصى بها فى بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية (Meehl, 1973)

ولكن يبو أن التقنين الضعيف (من حيث الفروق فى العينات ، وغياب الدرجات المعيارية ، وعدم اعتدالية توزيع البيانات) يجعل من الصعب فى مجال الممارسة الأكلينيكية المقارنة بين درجات العميل على المقاييس ذات الاستخدام العام . مثال ذلك مقياس الكرب والتجنب الاجتماعى ، وبطارية بيك للاكتئاب (انظر جدول ٢ : ١) فبينما تبدو مثل هذ المقارنة ضرورية لتقييم حالة تكون صعوبات المخاوف من الأماكن المفتوحة [١] هى المشكلة لديها ، ومثل ما يتطلب العلاج المعرفى للاكتئاب (انظر Bradley الفصل السادس) تقييما لإمكانات العميل فى التوكيدية إلا أن المقارنات الأكتوارية [٢] بين مقاييس كهذه وبين القلق والاكتئاب لابد أن تنطوى على مخاطر . فمقاييس التقدير الذاتى للتوكيدية ذات صدق ضعيف (Arkowitz, 1981) كما أن بطارية بيك للاكتئاب [٣] (BDI) أظهرت ارتباطات دالة بمقاييس القلق (Beck et al., 1988) .

ولسوء الحظ وكما سبق الإشارة إلى ذلك من قبل ، فمن المرجح أن التقديرات الأكلينيكية حول الشدة النسبية للصعوبات المختلفة عرضه لخطأ جوهرى . ولهذا السبب أيضا يتعين مراقبة مثل هذه المتغيرات باستمرار ،وأن تكون موضوعا للتحليل التجريبى للحالة المفردة [٤] (انظر Morley الفصل السابع والثلاثين) .

المتطلبات الإحصائية للفحص النفسى

يدور عديد من المناقشات حول متطلبات الفحص النفسى فى العمل الأكلينيكي (Ghiselli et al., 1981 Anastasi, 1988; Cronbach et al., 1972; Cone, 1981) ومن ثم فإن هذه المراجعة ستتركز حول عدد من القضايا التى يبدو أنها ذات أهمية جوهرية فى الممارسة الأكلينيكية . وقد وصف مورلى Morley الإجراءات الإحصائية المتعلقة بتجربة الحالة الفردية فى الفصل السابع والثلاثين .

وتتوفر المصادر الأساسية لبيانات المتغيرات المثيرة للأهتمام أثناء المرحلة الثانية فى الفحص الأكلينيكى من خلال التقارير الذاتية التى يقدمها العميل وفى الملاحظات التى سجلها الأخصائى الأكلينيكى أو سجلتها الأطراف الأخرى مثل فريق العناية أو أسرة العميل . كما قد تتاح أحيانا بيانات من إجراءات سابقة الإعداد مثل قوائم الملاحظة وبطاريات الاستخبارات ومقاييس التقدير والاختبارات . وقد يبتكر الأخصائى الأكلينيكى فى ظروف معينة إجراءات لأهداف محددة . وستشير المناقشة التالية إلى الاعتبارات البارزة فى اختيار وتكوين هذه الإجراءات .

الصــــدق

هل يؤدى الإجراء المستخدم إلى الكشف عن المتغير الذى أعد لتحديده ويقيسه ؟

أولا هل يقيس كل الجوانب المختلفة التى يعتقد أنها تصف المتغير موضوع الأهتمام ، بمعنى هل لإجراءات القياس صدق مضمون [٥] (Linehan, 1980) . مثال ذلك انه يجب على الأخصائى الأكلينيكى

---

(1) Agoraphobia
(2) Actuarial Comparisons
(3) Beck Depression Inventory (BDI)
(4) Single - Case experimental Analysis
(5) Content Validity

أن يتأكد عند ابتكار قائمة لوصف السلوك العدوانى لدى العميل أنها تتضمن كل أشكال السلوك التى يعبر عنها العميل فى هذه الفئة السلوكية وأنها متضمنة بالتفصيل . مثال ذلك ضرب الآخرين ، وإلقاء الأشياء وقذفها والدفع والصراخ .

هل للمقياس صدق تقريرى (١) (Campbell and Fiske, 1959) بمعنى هل يرتبط ارتباطا مرتفعا بمتغير أخر لصيق العلاقة بالمتغير موضوع الاهتمام ؟ مثال ذلك إذا كانت لدينا قائمة يعتقد أنها تحدد كل الطقوس والأفعال القهرية التى يقوم بها العميل وتعطل نشاطا معينا . فيجب أن تتوفر من خلالها بيانات ترتبط ارتباطا مرتفعا مع مقدار الوقت الذى ينفقه العميل لاستكمال هذا النشاط .

هل للإجراء صدق تمييزى (٢) أى كيف يقيس الاختبار بشكل متسق المتغير الفرضى (٣) موضوع الاهتمام . مثال ذلك إذا كانت لدينا قائمة صممت لقياس الألم (٤) فيتعين أن تتضمن بنودا لا ترتبط ارتباطا مرتفعا بعضها مع البعض . وقد ترتبط بيانات بعض البنود معا بأرتباطات مرتفعة . وقد تصف هذه البنود الإحساسات مثل الوخز أو الارتجاف ، بينما يجب أن لاترتبط البنود الأخرى التى تقيس القسوة أو العقاب مثلا أرتباطا مرتفعا بها ، وهى البنود التى قد تصف متغيراً يمكن اعتباره مكوناً وجدانياً للخبرة (Melzack and Wall, 1988) .

الثبـــــات

عندما يحصل عميل على درجة معينة على بطارية أو اختبار أو مقياس . فيجب أن نتذكر أن هذه الدرجة عرضه لأخطاء التعيين (٥) . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يعتبر أن الدرجة (التى توصف بأنها الدرجة الحقيقية فى نظرية الاختبار (٦) التقليدية) التى سيعتمد عليها قراره ستقع فى موضع ما فى مدى معين من الدرجات التى تم الحصول عليها ، وهو المدى الذى يتحدد بالخطأ المعيارى (٧) للقياس لهذا المقياس (Ghiselli et al., 1981) .

ويصف جيلفورد وفروختر Guilford and Fruchter (1981) إجراءات التنبؤ بالدرجات الحقيقية فى حدود مستويات ثقة معينة . ويساوى الخطأ المعيارى لدرجة ما $ع_{ت} = \sqrt{١ - ر_{ت}^{٢}}$ حيث $ع_{ت ت}$ هى الانحراف *المعيارى للمقياس ، $ر_{ت ت}$ هي ثبات المقياس . ويتعين على الأخصائى الأكلينيكى أن يعرف أنه إذا كان من الممكن الحصول على عينة متكررة من الدرجات للمفحوص فإن ٩٥ في المئه من هذه الدرجات سيقع في المدى الخاص بضعف الخطأ المعياري سلبًا وإيجابيًا ، بمعني آخر يجب علي

* ذكرت في النص الأصلي أن ع ت ت هي ثبات المقياس ، وصحتها هي ماأوردناه في السياق من أن $ع_{ت ت}$ هي الإنحراف المعياري ، $ر_{ت ت}$ هي معامل الثبات .

(1) Convergent validity
(2) Divergent validity
(3) Hypothetical variable
(4) Pain
(5) Sampling errors
(6) Test theory
(7) Standard error

الأخصائي الأكلينيكي أن يعرف أنه عند مستوي ثقة ٩٥ في المئه ستقع درجة المفحوص الحقيقية . وحيثما يكون من الممكن الحصول على أكثر من تقدير لدرجة العميل على متغير ما ، فإن الخطأ المعيارى للمقياس يتناقص بقدر ما نحصل عليه من تقديرات . ويمكن إنجاز ذلك من خلال تطبيق العديد من بنود الاختبار المتجانسة (Ghiselli et al., 1981) وقد تم إيضاح ذلك فى بطارية حالة – سمة القلق [1] (Spielberger et al., 1983) . وفيها يطلب من العميل أن يصف خبره القلق من خلال استكمال عدد من مقاييس التقديرات في تعاقب سريع .

ومن ثم فإن أحد مصادر تحديد إمكانات المقياس لتوفير تقدير للدرجات الحقيقية بأدنى قدر من الخطأ هو ثبات الاتساق الداخلى للمقياس (Guilford and Fruchter, 1981) والذى يمكن تقديره من الارتباط بين كل بند وبقية الدرجة الكلية على المقياس – الارتباط بين البند والبقية .

وهناك طريقة أخرى للقيام بهذا التنبوء نفسه هى ثبات الصور المتكافئة أو المتزامنة [2] ، والتى تقدر بحساب الارتباط بين صور المقياس .

ويمكن استخدام أسلوب ثالث يطبق فى حالة المتغيرات ، التى يكون الاستقرار عبر الزمن هو محك ثباتها ، وهو ثبات ، اعادة الاختبار ، والذى يقدر بحساب الارتباط بين الدرجات المستخلصة من المقياس نفسه مطبقا فى ظروف مختلفة .

ويتعين هنا تأكيد أن مثل هذه التحليلات الأرتباطية والمعبر عنها بهذه الصياغات خاصة بالأهداف السيكومترية . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن لا يغفل عن أن هذه المعاملات هى الأخرى عرضة لأخطاء التعيين . ومرة أخرى فإن الثبات الحقيقى سيقع فى نطاق مدى معين يتحدد بالخطأ المعيارى لمعاملات الارتباط . مثال ذلك أن الخطأ المعيارى لمعامل ارتباط العزوم [3] يتناقص مع حجم الارتباط المحسوب (ر) وعدد الملاحظات (ن) التى حسب على أساسها هذا الارتباط وفقًا للمعادلة الآتية :

$$\text{الخطأ المعيارى} = \frac{١ - ر^{٢}}{\sqrt{ن - ١}}$$

ويوضح جدول ٢ : ١ هذه النقاط لعدد من الاختبارات والمقاييس وكثيرا ماكان يشار إلى أن صدق المقياس يعتمد جزئيا على ثباته ، ومع ذلك فإن اختبار ذا ثبات «بين الملاحظين» مرتفع قد لا ينبئ على الوجه الصحيح ، عن وضع العميل على المتغير الذى يقيسه فقد توجد على بعض المتغيرات فروق منتظمة بين الملاحظين ، فعلى سبيل المثال يمكن أن نجد أن بعض الملاحظين يمنحون درجات منخفضة بصورة متسقة على قائمة ملاحظة ذات ارتباط مرتفع بين الملاحظين ، مما يمنح ملاحظون آخرون (Rutter and Cox, 1981) كما يمكن ان توجد أمثلة أخرى لمثل هذا التضارب فى المقارنات بين الأخصائيين الأكلينيكيين وملاحظات العميل (مثال ذلك : Cooper et al., 1982) .

وقد استخدمت هذه الأمثلة التوضيحية لصحة القياس لتحسين كفاءة الثبات ، إلا أن الصدق (صحة القياس) أيضًا يمكن أن يكون محدود الصحة . مثال ذلك إذا كان لدينا مقياسين لهما صدق

(1) State-Trait Anxiety Inventory
(2) Alternate or parallel forms .
(3) Product Moment Correlation

تقريرى مرتفع ، فقد يتضمنان ايضا تضاربا منتظما ، فإذا وضعنا فى الأعتبار مثلا تقديرات مختلفة للوقت الذى يحتاجه المفحوصون لكى ينتابهم النوم بعد إصدار إشارة معينة لهم . فقد يرتبط الوقت الخاص بالمرحلة الأولى بتسجيل رسم كهرباء المخ [١] (EEG) للنوم إيجابيا بوقت حدوث النوم الذى يذكره المفحوصون أنفسهم (انظر Lindsay and Jahanshahi الفصل ٣٠) ورغم ذلك فكثيرا ما يعطى بعض المفحوصين تقديرات مبالغ فيها بالمقارنه بمحك الـ EEG للوقت الذى استغرقوه للبدء فى النوم . ولهذا ، وعلى الرغم من ان هذه المقاييس الخاصة بالأرق [٢] مرتبطة ارتباطات ايجابية فإنها تختلف اختلافات منتظمة ، وقد يكون من بينها متغير اكثر دقة للأرق من المقاييس الأخرى .

غير انه من الصعب تحديد أيهما هو الذى يؤدى إلى التقدير الأكثر صحة . وعلى هذا فإن معاملات الارتباط المرتفعة والثابتة والقياسات الأخرى لدرجة الاتفاق ضرورية ، ولكنها غير كافية لدعم ثبات وصدق إجراءات التقدير فى الفحص الأكلينيكى ، كما أن مقاييس الفروق مثل اختبارات «ت» [٣] ضرورية أيضا . ويعد مقياس كابا [٤] أكثر مناسبة من معاملات الارتباط بوصفه مقياس للاتفاق ؛ نظرًا لسماحه بتقدير تأثيرات الصدفة (Siegel and Castellan, 1988) وقد يحدث صراع عند محاولة دعم صدق وثبات مقياس ما . مثال ذلك أنه لكى نرفع من صدق مضمون مقياس ، قد يكون من الضرورى زيادة عدد مفردات عينة الخصائص المختلفة التى يتضمنها ، ويؤدى هذا بالتالى إلى خفض الاتساق الداخلى للأختبار (Ghiselli, et al., 1981) . ولهذا يتعين أن تكون النتيجة حلا وسطا بين صدق المضمون وثبات المقياس ، وبالأخص إذا كانت محاولات تأكيد أن كليهما مرتفع ستؤدى إلى اجراءات فحص طويلة وغير دقيقة . وقد سبق الإشارة لهذا الصراع فى الحديث عن المقاييس التى تسعى إلى قياس الاكتئاب (Boyle, 1982) .

القـــدرة التمـــييزية

قد يكون من الممكن أيضا تحديد حساسية مقياس معين فى الكشف عن التغير الحقيقى أثناء العلاج (Angras and Jacob, 1981) . ومن ثم فبالنسبة لعينة ممثلة من المفحوصين الخاضعين لإجراءات علاجية مقننة ، فإن قدرة متغير وليكن هو التقدير الذاتى للقلق على مقياس التغير أثناء العلاج هي قدرة يمكن تحديدها من خلال نسبة الفرق بين متوسط الدرجات قبل وبعد العلاج إلى مجموع الانحراف المعيارى داخل المجموعات (Cohen, 1977) ، ومع ذلك فحتى بالنسبة للمقاييس المصممة لقياس التغير فإن هذه المعلومات غالبا ما لا تكون متاحة .

مصادر التحيز فى الفحص

لُوحظت مصادر عديدة ومنتظمة للتحيز فى تسجيل البيانات السلوكية - استجابية سلوك العميل- (Nelson, 1977) ويمكن أن يكون للتسجيلات التى يقوم بها الأخصائيون الأكلينيكيون للملاحظات تأثيرات مشابهة على العميل (Harris and Lahey, 1983 a; Haynes and Horn, 1982) كما يمكن أن تؤثر متغيرات أخرى معينة فى صحة ملاحظات الأخصائيين الأكلينيكية (Harris and Lahey, 1983 b) .

الاستجابية

نُوقشت مصادر عديدة لاستجابية العميل ، وهى الاستجابية التى تبدو واضحة على وجه

(1) Electorocephalogramme
(2) Insomnia
(3) t - Tests
(4) Kappa

الأختبار	المصادر الرئيسية	الثبات ± الخطأ المعياري	الخطأ المعياري للدرجة المعطاة	طبيعة الدرجات	شكل التوزيع	طبيعة العينة	الصدق
بيك للاكتئاب BDI	Beck et al., (1988) Beck (1988)	٠,٧٣ ٠,٩٥	٢,٨	درجات خام كلية (متوسطات لغير المكتئبين = ١١ خفيفي الاكتئاب = ١٩ متوسطي الاكتئاب = ٢٥ شديدي الاكتئاب = ٢٨)	ملتوي	مرضي مكتئبين	درجات الشدة طبقًا لترتيب قام به اطباء نفسيين (غير واضح أى محك تشخيصى مستخدم)
تقديرات ذاتية لمرضي خوافين (تقديرات الخوف الأساسى)	Marks and Mathews (1979)	٠,٩٣ ± ٠,٠١	٠,٥٦	تقديرمنفرد علي مقياس من ٩ نقاط	؟	٢٠ مريضًا خوافيًا مقيمين	؟
تجنب اجتماعي وكرب (SAD)	Watson and Friend (1969)	٠,٧٧ ± ٠,٣٣	٣,٨٤	درجات خام كلية (م = ٩,١١ ± ٨,٠١)	ملتوي الدرجة المنوالية = صفر	٢٠٥ طلاب كنديون بمدرسة صيفية	؟
بطارية سمة – حالة القلق (مقياس الحالة)	Spielberger et al. (1983)	٠,٨٦ ± ٠,٠٠٨	٣,٠٨	درجات خام كلية (م = ٣٩,٧ ± ٨,٢٤)	؟	—	الدرجات المتوسطة أكبر تحت ظروف التوتر منها تحت عدم التوتر (قبل / بعد القياس)
برفيل تأثير المرض	Pollard, et al. (1967) Bergner, et al. (1976a	٠,٧٧ ± ٠,٠٥	٤,٢٤	درجات خام موزونة النسبة المئوية لدرجة الاختلال الوظيفي .. الخ	؟	—	مفحوصون من مرضي مزمنين مقابل غير المزمنين .
حدة الاعتماد الكحولي	Stockwell, et al. (1979)	٠,٥١ ٠,٨٠	٣,٢٨	درجات خام كلية	؟	١٠٤ مرضي في وحدة ادمان كحولي	مقارنة الدرجات بمقياس رتبي (لم يحدد الصدق) للاعتماد بواسطة أطباء نفسيين ذوي خبرة .
اختبار استعدادات مهنية (ATE) (المهارات الأساسية أ. القراءة والفهم)	Psychological corporation (1992)	٠,٩١	٢,٠١	درجات خام محولة إلى مئينات أو درجات معيارية	اعتدالي	٥٠٠ موظف في دورات خبرات العمل في كل المملكة المتحدة	؟

جدول (١-٢) بيانات سيكومترية لبعض الاختبارات والمقاييس شائعة الاستخدام

المخصوص، عندما يعرف العميل أن سلوكه موضوع تحت الملاحظة . مثال ذلك أنه قد تبين أن الملاحظين الذين يتصرفون بالفعل بطريقة عقابية مع العملاء يتلقون تأثيرًا استجابيًا مختلفًا ،عما يحصل عليه الملاحظون الذين يستخدمون التدعيم لتشجيع السلوك المناسب . ومن ثم فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يضع فى اعتباره نوع التأثير الذى سينتج عن اختيار ملاحظ معروف بالفعل للعميل . إن وجود غريب يعرف العميل أنه يقوم بملاحظة سلوكه يؤدى إلى متغيرات مثيرة للدهشة . كما لايشجع ظهور الأنشطة غير المرغوبة نتيجة لمثل هذه الملاحظة وحيث يتزايد السلوك المرغوب فيه . وعلي الرغم من ذلك ، فمن المعروف للمؤلفين الحاليين أن هناك عملاء يزيدون من سلوك المقاطعة ، عندما يكونون الهدف الوحيد للملاحظة .

ويمكن بالتالى تقديم عدد من التوصيات للحد من اثار مصادر التحيز هذه . من ذلك أنه يتعين أن يكون تسجيل الملاحظات غير ظاهر بقدر الإمكان . وقد يساعد استخدام التسجيل الصوتى أو التسجيل بالڤيديو على انجاز هذا الهدف ، كما أنه سيسهم فى صحة التسجيلات وحيث يمكن الإستماع اليها أو مشاهدتها أكثر من مرة بهدف مراجعتها ، ويمكن استخدام هذه الأساليب لفترات طويلة مع توفير التكلفة المترتبة على وجود مستمر لملاحظ ، كما ستتيح للعملاء الفرصة لكى يعتادوا عليها ، وربما يصبحون أقل عصبية من فكرة أن هناك من يلاحظهم . ويمكن أن يكون الملاحظون المشاركون مثل أسرة العميل أو فريق الرعاية اقل تطفلا من وجود ملاحظ غريب ، ومرة أخرى بتكلفة أقل . إلا أن التأثير السابق الإشارة إليه على سلوك العميل يجب أن يوضع فى الحسبان . فإذا كان هذا المصدر للتأثير مشكوكًا فيه ، فينصح بوجود ملاحظ مستقل وتسجيل البيانات على مدى فترات زمنية إذا كان ذلك ممكنًا . ويتعين النصح أيضًا بالتفكير فى إحداث تغييرات منتظمة فى وقت التسجيل ، قبل . وبعد إجراءات التغيير فى البيئة مثل العلاج وإجراءات الملاحظة المختلفة . والقيام بالمراجعة على فترات للملاحظات أو تسجيلات العميل الشخصية يمكن أن يشجع الحصول على تسجيلات أكثر صحة وثباتًا ، كما أن الملاحظات المتقطعة لعروض الفيديو المقننة لعميل أخر لديه السلوك المستهدف نفسه ، يمكن أن ينشط المحكات المستخدمة فى التسجيل .

وأخيرًا .. وإن كان هذا هو الأمر الأكثر أهمية من كل ماعداه ، يجب التفكير فى الحصول على الموافقة الكاملة من العميل على جمع البيانات . وذلك منذ البداية وحينما يكون ذلك ممكنا .

الملاحظات الانطباعية مقارنة بالبيانات المسجلة

قد تتأثر صحة الملاحظات بتوقعات الملاحظ المختلفة . وقد تكون بعض أساليب تسجيل الملاحظات حساسة على وجه الخصوص لهذا التحيز . وقد أوضح شولر ومكنمارا Shuller and McNamara(1976) أن التسجيلات على المقاييس الرتبية ، التى يستخدمها الملاحظون لتقدير مشاعر العداء والاجتماعية والافراط فى النشاط لدى الأطفال تتأثر جوهريًا بالتعليمات ، التى تقدم للملاحظ متضمنة أن يتوقع مستويات مرتفعة من هذه الأنشطة ، أما تسجيل لحظات معينة للسلوك العدوانى والاجتماعى أو النشاط المفرط فلم يتأثر بالتعليمات .

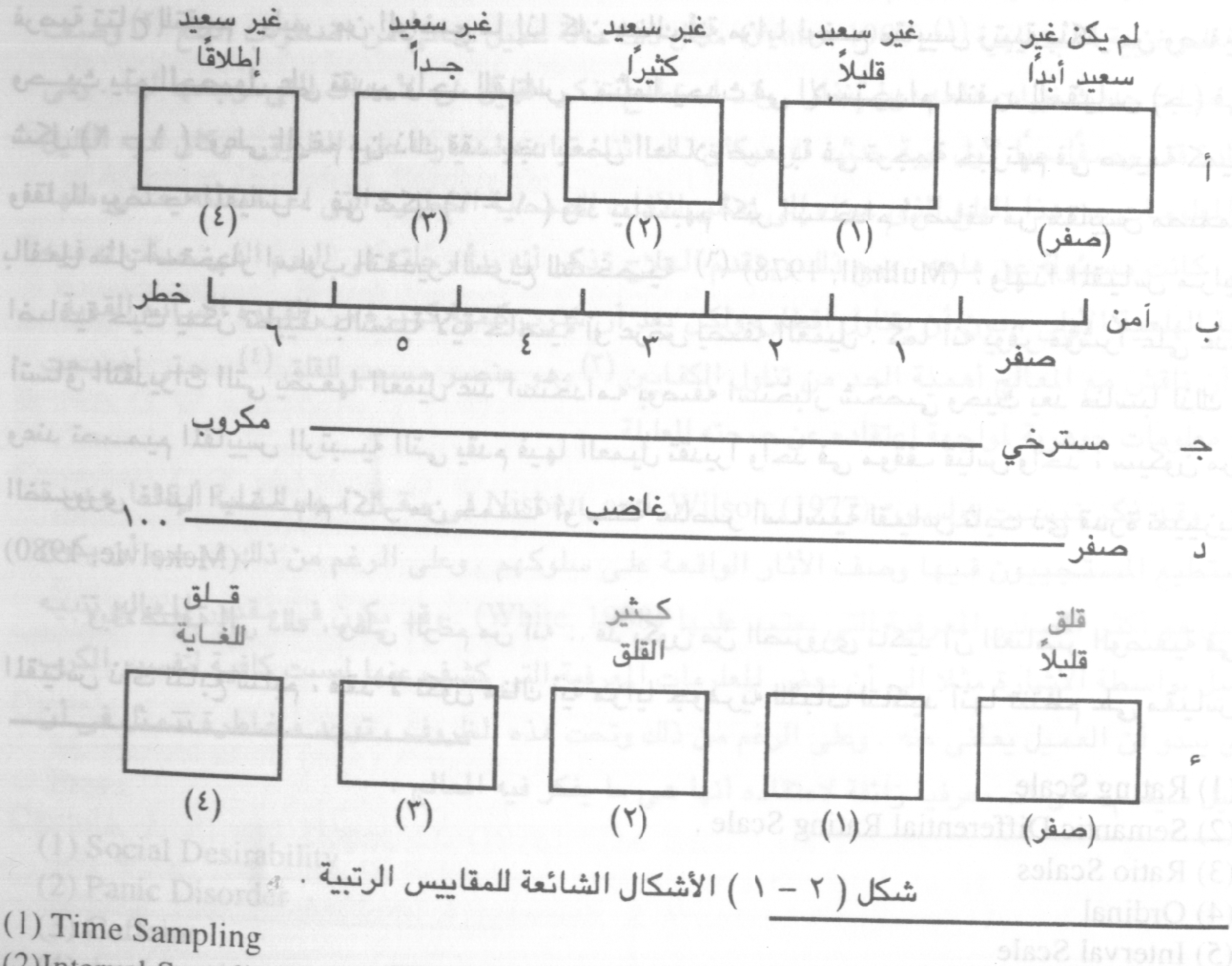
وهذه النتائج مهمة على وجه الخصوص فى ضوء التكرار المرتفع ، الذى تستخدم به مقاييس الرتب فى البحوث والممارسة الأكلينيكية . وقد تبين أن ظهور حالات الهلع أقل تكرارًا فى التسجيلات اليومية التى يقوم بها العملاء أنفسهم من التقديرات التى يقدمونها اثناء المقابلة (Rapee et al., 1990) كما قد تصبح العلاقات بين المتغيرات غير دالة عندما تسجل البيانات بعناية . وقد لوحظ ذلك فى حالة الارتباط بين نوبات الهلع والدورة الشهرية لدى النساء (Cook et al., 1990) .

إجراءات القياس

نادرًا ما يعتـمد الأخصائى الأكلـينيكى اثناء الممارسـة على تصميم مقياس متعـدد البنود؛ لقياس خصـائص مفردة مثل الانبساط أو الاكتئاب أو الاسـتدعاء المباشر للمعلومات البصرية . وهذا صحيح على وجه الخصوص فى قياس مفاهيم فرضية كهذه ، فمثل هذه المقاييس متاحة مباشرة ، وقد يجدها الأخصـائى الأكلينيكى مـوثقة فى الكـتب التى يحـررها بوروس Buros وكـونولى وكـرامر Conoley and Kramer (1992) وهاريسون وبلاك Harrison and Bellack (1988) . كما توجد مبادئ تصميم الأختبارات وطرق عملها أيضا فى مواضع معينة (Nually, 1978; Anastasi, 1988) .

ومع ذلك فكثيرا ما سيجد الأخصائى الأكلينيكى أنه فى حاجة لابتكار مقياس لتقدير التغير فى متغير مستهدف ، لايتوفر له مقياس مناسب فى الوقت الذى تحدد فيه لهذا المتغير أهمية محورية للعميل ، كأن يذكر العميل عرضًا فريدًا مثل خبرة ألم معين أو البكاء ، الذى تستطيع أسرة العميل كما يستطيع الأخصائى الأكلينيكى والأخرين ملاحظته ، ومثل هذا السلوك متباين التكرار والشدة والفترة الزمنية التى يستغرقها .

ويجب بقدر الإمكان مراعاة الدقة فى تحديد سلوك «البكاء وليس أن يبدو غير سعيد » أو أنه «يضرب مريضا آخر وليس «أنه عدواني» . ويمكن تسجيل بعض المتغيرات المستهدفة مثل «التريض قبل الخامسة صباحاً » و«عدم الذهاب إلى العمل» منفصلين بعضها عن البعض بالنسبة للعميل نفسه ، ويمكن تسجيل مثل هذه الأحداث على مقياس زمني فى قائمة سلوكية ؛ بهدف تحديد تكراراتها على مدى زمنى معين ، كما يمكن استخدام العينة الزمنية [1] وعينة الفترات [2] ؛ للحد من طول الوقت الذى تتطلبه الملاحظة (Marholin and Bijou, 1978) ، ويمكن أيضا تسجيل الفترة التى يستغرقها النشاط بطريقة



شكل (٢ - ١) الأشكال الشائعة للمقاييس الرتبية .

(1) Time Sampling
(2)Interval Sampling

مشابهة . ومع ذلك فقد تتطلب شدة الأعراض تصميم مقياس رتبى [1] خاص بالعميل (Guilford, 1954; Mackay, 1980) ويوضح شكل (٢ - ١) النماذج المختلفة لهذه المقاييس ، والتي قد تختلف فى عدد العناصر التى يقوم عليها المقياس ، كما قد يكون عدد توصيفات هذه العناصر اثنين أو أكثر .

وبعض المقاييس بها نقاط صفر افتراضية ، بينما البعض الأخر مثل مقياس تقدير الدلالات اللفظية الفارقة [2] قطبى (Osgood et al., 1957) (مثال ذلك ب فى شكل ٢ : ١) وقد يتضمن بعضها مسافات على ابعاد متساوية بينما الأخرى ذات مسافات غير متساوية . وبينما يُدعَى ان بعضها مقاييس نسبة ذات نقطة صفر ومسافات متساوية .. فإن البعض الآخر عبارة عن مقاييس مسافة بلا تحديد لنقطة صفر ، ولكن بمسافات متساوية بين نقاطها ، بينما تنتظم نقاط الارتكاز فى البعض الأخر على التتابع بالنسبة لمتغير ما دون فروض حول حجم المسافات أو موضع نقطة الصفر (Siegel and Castellan, 1988) وتختلف مقاييس النسبة [3] والمقاييس الترتبية [4] فى نوع العمليات الإحصائية التى تجرى عليها ، ولهذا أهميته عند تحديد دلالة التغير فى نشاط أو عرض ما ، يضاف إلى ذلك أن تحديد الدلالة الأكلينيكية للتغير سيتأثر هو الآخر بالمسافات على المقياس . ومن ثم قد يكون تحسن عميل ما من النقطة (أ) إلى النقطة (ب) ملحوظا بقدر ضئيل غالبا مقارنة بالتغير الذى يحدث له من النقطة (ب) إلى النقطة (جـ) ، إذا كانت المسافة بين (أ) ، (ب) اقل من تلك الموجودة بين (ب) ، (جـ) وهناك اساليب تطبق لتحديد مواضع العناصر فى مقاييس المسافة أو الوحدة [5] (Ghiselli et al., 1981) . وعلى أى الأحوال .. فإن كمية العمل المطلوبة لكل ذلك قد تجعل منه أمرا غير عملى ، عندما يكون المطلوب تصميم مقياس جديد لكل عميل . وقد وصف مولهال (Mulhall (1978 وشالكلى ومولهال (Chalkley and Mulhall (1991 أمثلة لإجراءات تصميم هذه المقاييس للشخصية . وتتطلب مثل هذه الإجراءات عدة عينات من قياسات العرض المعين فى كل فرصة تتاح للتقييم . وليس من الواضح ما إذا كان هناك أية مزايا لوضع مقاييس رتبية بأكثر من وصفين وحيث يتم الحصول على تقدير واحد للقياس ، مثلما يحدث فى الاستخدام المنفرد للمقياس (جـ) فى شكل (٢ - ١). وعلى الرغم من ذلك فقد يجد بعض العملاء صعوبة فى ترجمة خبرتهم فى صيغة كمية وفقا لما يوضحه المقياس د فى شكل (٢ - ١) وقد يناسبهم أكثر استخدام أوصاف من مقاييس مصممة بالفعل مثل استخبار اسلوب التقدير السريع للشخصية [6] (Mulhall, 1978) ، ولهذا المقياس مزايا اضافية حيث يمكن تطبيقه بالنسبة لأية خاصية أو عرض يصفه العميل . كما أنه يوفر مؤشراً على عدم أتساق التقديرات التى يضعها العميل عند استخدامه بوصفه استخبار شخصي وحيث يعد مناسبا لذلك . وعند تصميم المقاييس الرتبية التى يقدم فيها العميل تقديرا واحدا فى موقف قياس واحد ، سيكون من الضرورى غالبا استخدام أكثر من خمسة أو ستة عناصر أساسية لقياس ثابت ذى قدرة تمييزية (Mckelvie, 1980).

وبالاضافة إلى ذلك ، وعلى الرغم من أنه .. قد يكون من الضرورى تأكيد أن العناصر الوصفية فى المقياس ذات تتابع سليم ، فقد لا تكون هناك أية مزايا جوهرية للثبات لتأكيد أنها تنتظم على مقياس

(1) Rating Scale
(2) Semantic Differential Rating Scale .
(3) Ratio Scales
(4) Ordinal
(5) Interval Scale
(6) Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (PQRST)

مسافات (Spector, 1980) .

وأخيراً ، يتعين الأهتمام بتأكيد أن العناصر الوصفية للمقياس لاتخلط بين المتغيرات ضعيفة التعلق. ومن ثم فإن المقياس الموضح فى شكل (٣ - ١) على سبيل المثال ، سيكون من الصعب الإجابة عنه إذا كان البكاء غير واضح الصلة بالحزن الحاد لدى عميل ما . وبالتالى سيكون من الأفضل وضع هذه المتغيرات على مقاييس منفصلة .

(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)
ليس غير سعيد إطلاقا لا بكـاء	غير سعيد قليلا لا بكـاء	غير سعيد بكاء أحيانا	غير سعيد جـدا كثيراما يبكي	غير سعيد تماما يبكي أغلب الوقت
☐	☐	☐	☐	☐

شكل (٣ - ١) : مقياس رتبى ذو قياس مختلط .

الاقتراب من المعلومات المعرفية التي يقدمها العميل

أدى تطور العلاج المعرفى والأعتراف بالتـأثيرات المعرفيـة على السلوك والانفعـالات إلى تجديد الأهتمام بالصعوبات ، التى قد توجد لدى العميل عندما يقوم بإفشاء المعلومات .

وقد يوجد الكثير من هذه الإعاقات لدى العميل من ذلك عدم القدرة على تذكر المعلومات أوصعوبة صياغة المعلومات لفظيًا ، أو عدم وعيه بدلالة معلومات معينة أو أن يجد صعوبة فى إفشاء بعض الأمور نتيجة للمرغوبية الاجتماعية [1] (Watts, 1983) مثال ذلك حالة عميل يعانى من اضطراب الهلع [2] وصف أولى مرات حدوث نوبات هلعه دون إنذار . وقد استطاع تذكر القليل من الأحداث التى أرجعها لها . وفى العيادة قدم وصفًا حيًا لأول نوبة حدثت له ، وكان ذلك أثناء قيادته لسيارته على الطريق . وكان لديه القليل من المعلومات عن هذا الهلع الذى عزاه إلى بعض الأفات الصحية الخطيرة التى اعتقد أنه يعانى منها والتى كانت مسئولة عن هلعه . ومع ذلك وبتقدم العلاج تذكر أنه بدأ رحلته فى اليوم الذى حدثت له فيه النوبة الهلعية الأولى ، دون أن يتناول افطاره ولكن بعد أن شرب كمية كبيرة من القهوة السادة القوية . وما أن ناقش مع المعالج أهمية الحد من تناول الكفايين [3] وهو عنصر مسبب للقلق [4] ، حتى أصبحت لديه معلومات جوهرية لمواجهة اعتقاده عن صحته العليلة .

وقد ذكر نيسبت وولسون Nisbett and Wilson (1977) فى مقال مهم للغاية أوقاتا عديدة لايستطيع المستجيبون فيها وصف الأثار الواقعة على سلوكهم . وعلى الرغم من ذلك فيجب أن يكون العميل هو أكثر المصادر المعرفية التى يعتمد عليها (White, 1988) . وقد يكون فى مقدور المعالج تنبيه العميل بواسطة الأشارة مثلا إلى أن بعض المعلرمات المعرفية التى كشف عنها ليست كافية لتفسير الكرب الذى يبدو أن العميل يعانى منه . وعلى الرغم من ذلك وتحت هذه الظروف ، توجد مخاطرة تتمثل فى أن العميل سيقدم معلومات معرفية زائفة لاعتقاده أنها هى ما يفكر فيه المعالج .

(1) Social Desirability
(2) Panic Disorder
(3) Caffeine
(4) Anxiogenic

وعلى الرغم من هذا فإن تحديد المعلومات المعرفية التى قد تكون لها أهمية فريدة لدى العميل يعد من الأمور ذات الأهمية البالغة فى العلاج المعرفى . وسيؤكد ذلك عدد من المساهمين فى هذا الكتاب . ومن النادر أن يكفى مجرد سؤال العميل أن يكمل قائمة معرفية ، فمثل هذه القوائم دائماً ما لا تتضمن الأمور الجوهرية . وقد اشار هولون وكيندال Hollon and Kendall (1981) إلى تأثيرات إثارة الانفعالات غير المرغوب فيها، والتى يمكن أن تظهر خلال الملاحظة المعرفية فى عينة الأفكار (١) على وجه الخصوص . وهو أسلوب يطلب فيه من العميل أن يسجل أفكاره بمجرد سماعه اشارة صادرة له . وقد ذكر ريبير Rippere (الفصل الخامس) آثارا مشابهة لدى عميل ، كان يقوم بإكمال بطارية للاكتئاب . ومن ثم فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يكون مستعدا لمساعدة العميل فى التعامل مع مثل هذه التأثيرات .

(1) Thought - Sampling

References

Agras, W. S. and Jacob, R. G. (1981) 'Phobia: nature and measurement', in M. Mavissakaliam and D. H. Barlow (eds) *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guildford Press.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn (DSM III)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised (DSM III-R)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. (1988) *Psychological Testing, 6th edn*, New York: Macmillan.

Arkowitz, H. (1981) 'Assessment of social skills', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds) *Behavioural Assessment. A Practical Handbook*, New York: Pergamon.

Barlow, D. H. and Mavissakalian, M. (1981) 'Directions in the assessment and treatment of phobia: the next decade', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1967) *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Philadelphia Press.

Beck, A. T. (1988) *Beck Depression Inventory*, Sidcup, Kent: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A. and Garbin, M. G. (1988) 'Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation', *Clinical Psychology Review* 8: 77–100.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Pollard, W. E., Martin, D. P. and Gilson, B. S. (1976a) 'The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure', *Medical Care* 14: 57–67.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., Gilson, B. S. and Morris, J. R. (1976b) The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the develpoment of a health status measure, *International Journal of Health Services* 6: 393–415.

Boyd, J. H. and Weissman, M. M. (1982) 'Epidemiology', in E. S. Paykel (ed.) *Handbook of Affective Disorders*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Boyle, G. J. (1985) 'Self-report measures of depression: some psychometric considerations', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 45–59.

Brown, D. K., Kratochwill, T. R. and Bergan, J. R. (1982) 'Teaching interview skills for problem identification: an analogue study', *Behavioural Assessment* 4: 63–73.

Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*, London: Tavistock.

Campbell, D. T. and Fiske, D. W. (1959) 'Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix', *Psychological Bulletin*, 56: 81–105.

Canavan, A. G. M. and Beckman, J. (1993) 'Deriving principal component IQ scores from the WAIS–R, *British Journal of Clinical Psychology* 32: 81–6.

Cautela, J. R. and Upper, D. (1973) 'A behavioural coding system', Annual Meeting Association for the Advancement of Behaviour Therapy.

Cautela, J. R. and Upper, D. (1975) 'The process of individual behavior therapy', in M. Hersen *et al.* (eds.) *Progress in Behavior Modification, I*, New York: Academic Press.

Cautela, J. R. and Upper, D. (1976) 'The Behavioral Inventory Battery: the use of self-report measures in behavioral analysis and therapy', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds.) *Behavioral Assessment. A Practical Handbook, 1st edn*, New York: Pergamon.

Chalkley, A. J. and Mulhall, D. J. (1991) 'The PQRSTUV: The Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique – "Ultimate Version"', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 181–4.

Ciminero, A. R., Calhoun, K. S. and Adam, H. E. (eds.) (1977) *Handbook of Behavioral Assessment* New York: Wiley.

Clare, A. W. and Cairns, V. E. (1978) 'Design, development and use of a standardised interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies', *Psychological Medicine* 8: 589–604.

Cohen, J. (1977) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, New York: Academic Press.

Cone, J. D. (1978) 'The Behavioral Assessment Grid (BAG): a conceptual framework and a taxonomy', *Behavior Therapy* 9: 882–8.

Cone, J. D. (1981) 'Psychometric considerations', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds) *Behavioral Assessment, A Practical Handbook, 2nd edn*, New York: Pergamon Press.

Conoley, J.C. and Kramer, J.J. (eds) (1992) *The Eleventh Mental Measurements Year Book*, Lincoln Neb: Buros Institute.

Cook, B. L., Noyes, R., Garvey, M. J., Beach, V., Sobotka, J. and Chaudry, D. (1990) 'Anxiety and the menstrual cycle in panic disorders', *Journal of Affective Disorders* 19: 221–6.

Cooper, B. (1973) 'Clinical and social aspects of chronic neurosis', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 65: 509–12.

Cooper, P., Osborn, M., Gath, D. and Feggetter, G. (1982) 'Evaluation of a modified self-report measure of social adjustment', *British Journal of Psychiatry* 141: 68–75.

Cox, A., Holbrook, D. and Rutter, M. (1981a) 'Psychiatric interviewing techniques. VI. Experimental study: eliciting feels', *British Journal of Psychiatry* 139: 144–52.

Cox, A., Rutter, M. and Holbrook, D. (1981b) 'Psychiatric interviewing techniques. V. Experimental study: eliciting factual information', *British Journal of Psychiatry* 139: 29–37.

Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanada, H. and Rajaratnam, N. (1972) *The Dependability of Behavioral Measurements: Theory of Generalisability for Scores and Profiles*, New York: Wiley.

Cullen, C. (1983) 'Implications of functional analysis', *British Journal of Clinical Psychology* 22; 137–8.

Cyr, J. J., Doxey, N. and Vigna, C. M. (1988) 'Factorial composition of the SCL–90–R, *Journal of Social Behaviour Personality* 3: 245–52.

Derogatis, L. R. (1977) *SCL-R-90: Administration, Scoring and Procedures Manual*, Baltimore: Clinical Psychometrics Research.

Derogatis, L. R. and Melisaratos, N. (1983) 'The Brief Symptom Inventory: an introductory report', *Psychological Medicine* 13: 595–605.

Derogatis, L. R. and Spencer, P. M. (1982) *The Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual*, Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. and Covi, L. (1973) 'SCL–90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report', *Psychopharmacological Bulletin* 9: 13–25.

DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A., Himadi, W. G. and Waddell, M. T. (1985) *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised* (ADIS–R), New York: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, State University of New York.

Ekman, P. and Oster, H. (1979) 'Facial expressions of emotion', *Annual Review of Psychology* 30: 527–54.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive–Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Erickson, R. C. and Scott, M. L. (1977) 'Clinical memory testing: a review', *Psychological Bulletin* 84: 1130–49.

Eysenck, H. J., Wakefield, J. A. and Friedman, A. F. (1983) 'Diagnosis and clinical assessment: the *DSM III*', *Annual Review of Psychology* 34: 167–193.

Fewtrell, W. D. (1981) 'Variations in clinical opinion between psychologists treating a single case of sleep dysfunction', Annual Conference, British Psychological Society.
Fordyce, W. E. (1976) *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis: Mosby.
Francis, V. M., Rajan, P. and Turner, N. (1990) 'British community norms for the Brief Symptom Inventory', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 115–16.
Frank, G. (1983) *The Wechsler Enterprise*, New York: Pergamon.
Geer, J. H. (1965) 'The development of a scale to measure fear', *Behaviour Research and Therapy* 3: 45–53.
Ghiselli, E. E., Campbell, J. P. and Zedeck, S. (1981) *Measurement Theory for the Behavioral Sciences*, San Francisco: Freeman.
Goldberg, D. and Williams, P. (1988) *A User's Guide to the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER-Nelson.
Golden, C. J. (1979) *Clinical Interpretation of Psychological Tests*, New York: Grune and Stratton.
Guilford, J. P. (1954) *Psychometric Methods, 2nd edn*, New York: McGraw-Hill.
Guilford, J. P. and Fruchter, R. (1981) *Fundamental Statistics in Psychology and Education, 6th edn*, New York: McGraw-Hill.
Hall, J. N. and Baker, R. (1983) *Rehabilitation Evaluation*, Aberdeen: Vine Publishing Ltd.
Harris, F. C. and Lahey, B. B. (1983a) 'Subject reactivity in direct observational assessment: a review and critical analysis', *Clinical Psychology Review*, 2: 523–38.
Harris, F. C. and Lahey, B. B. (1983b) 'Recording system bias in direct observational methodology', *Clinical Psychology Review* 2: 539–56.
Harris, J. G. (1982), 'The assessment of personality profiles', *Clinical Psychology Review* 2: 27–48.
Hartmann, D. P., Roper, B. L. and Bradford, D. C. (1979) Some relationships between behavioral and traditional assessment', *Journal of Behavioral Assessment* 1: 3–21.
Hay, W. M., Hay, L. R., Angle, H. V. and Nelson, R. O. (1979) 'The reliability of problem identification in the behavioral interview', *Behavioral Assessment* 1: 107–18.
Haynes, S. N. and Horn, W. F. (1982) 'Reactivity in behavioral observation: a review', *Behavioral Assessment* 4: 369–85.
Haynes, S. N. and O'Brien, W. H. (1990) 'Functional analysis in behaviour therapy', *Clinical Psychology Review* 10: 649–69.
Heaton, R. K. and Pendleton, M. G. (1981) 'Use of neuropsychological tests to predict adult patients' everyday functioning', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 807–21.
Heaton, R. K., Beade, L. E. and Johnson, K. L. (1979) 'Neuropsychological test results associated with psychiatric disorders in adults', *Psychological Bulletin* 85: 141–62.
Helzer, J. E., Robins, L. N., Croughton, J. L. and Welner, A. (1981) 'Renard diagnostic interview', *Archives of General Psychiatry* 38: 393–98.
Hersen, M. and Bellack, A. S. (eds) (1981) *Behavioral Assessment. A Practical Handbook, 2nd edn*. New York: Pergamon.
Hersen, M. and Bellack, A. S. (eds) (1988) *A Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, New York: Pergamon Press.
Hill, J., Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M. and Pickles, A. (1989) 'Adult Personality Functioning Assessment (APFA): an investigator-based standardised interview', *British Journal of Psychiatry* 155: 24–35.
Hollon, S. D. and Kendall, P. C. (1981) 'In vivo assessment techniques for cognitive-behavioral processes', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.
Lam, D. and Power, M. (1991) 'Social support in a general practice elderly sample', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 89–93.

Lazarus, A. A. (1976) *Multimodal Behavior Therapy*, New York: Springer.
Lewinsohn, P. M. (1975) 'The behavioral study and treatment of depression', in M. Hersen *et al.* (eds) *Progress in Behavior Modification I*, New York: Academic Press.
Linehan, M. M. (1980) 'Content validity: its relevance to behavioral assessment', *Behavioral Assessment* 2: 147–159.
McGuire, R. J. (1973) 'Classification and the problem of diagnosis', in H. J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology*, London: Pitman Medical.
MacKay, C. J. (1980) 'The measurement of mood and psychophysiological activity using self-report techniques', in I. Martin and P. H. Venables (eds) *Techniques in Psychophysiology*, New York: Wiley.
McKelvie, S. J. (1980) 'Graphic rating-scales: how many categories?' *British Journal of Psychology* 69: 185–202.
Marholin, D. H. and Bijou, S. W. (1978) 'Behavioral assessment. Listen when the data speak', in D. H. Marholin (ed.) *Child Behavior Therapy*, New York: Gardner Press.
Marks, I. and Mathews, A. M. (1979) 'Brief standard self-rating for phobic patients', *Behaviour Research and Therapy* 17: 263–67.
Matarazzo, J. D. (1983) 'The reliability of psychiatric and psychological diagnosis', *Clinical Psychology Review* 3: 103–45.
Meehl, P. E. (1973) 'Why I do not attend case conferences', in P. E. Meehl (ed.) *Psycho-diagnosis. Selected Papers*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
Melzack, R. and Wall, P. (1988) *The Challenge of Pain*, Harmondsworth: Penguin Books.
Metcalfe, M. and Goldman, E. (1965) 'Validation of an inventory for measuring depression', *British Journal of Psychiatry* 111: 240–42.
Miller, W. R. (1975) 'Psychological deficit in depression', *Psychological Bulletin* 82: 238–60.
Milne, D. (1992) *A Mental Health Portfolio*, Windsor: NFER-Nelson.
Mittler, P. (ed.) (1970) *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps*, London: Metheun.
Mulhall, D. J. (1978) *Manual for the Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique*, Windsor: NFER.
Nay, W. R. (1979) *Multimethod Clinical Assessment*, New York: Gardner.
Nelson, H. E. (1991) *National Adult Reading Test 2nd edn*, Windsor: NFER-Nelson.
Nelson, R. O. (1977) 'Assessment and therapeutic functions of self-monitoring', in M. Hersen *et al.* (eds) *Progress in Behavior Modification 5*, New York: Academic Press.
Nisbett, R. E. and Wilson, T. D. (1977) 'Telling more than we know: verbal reports on mental processes', *Psychological Review* 84: 231–59.
Nunally, J. C. (1978) *Psychometric Theory*, New York: McGraw-Hill.
O'Carroll, R. E., Baikie, E. M. and Whittick, J. E. (1987) 'Does the National Adult Reading Test hold in dementia?' *British Journal of Clinical Psychology* 26: 315–16.
O'Farrell, T. J. and Upper, D. (1977) 'The interjudge reliability of Cautela and Upper's Behavioral Coding System', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 8: 39–43.
Office of Health Economics (1981) *Reducing the Harm*, London: Office of Health Economics.
Osgood, C. E., Suci, G. J. and Tannenbaum, P. H. (1957) *The Measurement of Meaning*, Urbana, Ill.: University of Illinois Press.
Owens, R. G. and Ashcroft, J. B. (1982) 'Functional analysis in applied psychology'. *British Journal of Clinical Psychology* 21: 181–89.
Paul, G. L. (1969) 'Behavior modification research: design and tactics', in C. M. Franks (eds) *Behavior Therapy: Appraisal and Status*, New York: McGraw-Hill.
Pollard, W. E., Bobbitt, R. A., Bergner, M., Martin, D. P and Gilson, B. S. (1976) 'The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure', *Medical Care* 14:

Power, M. J., Champion, L. A. and Aris, S. J. (1988) 'The development of a measure of social support: the Significant Others Scale (SOS)', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 349–58.

Psychological Corporation (1992) *Assessment for Training and Employment (ATE)*, Sidcup, Kent: Psychological Corporation.

Rapee, R., Craske, M. G. and Barlow, D. H. (1990) 'Subject-described features of panic attacks using self-montioring', *Journal of Anxiety Disorders* 4: 171–81.

Raven, J. C. (1992) (Research supplements 1979, 1982) *Standard Progressive Matrices*, Oxford: Oxford Psychologists' Press.

Raven, J. C. (1994) *Mill Hill Vocabulary Scale*, Oxford: Oxford Psychologists' Press.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. and Ratcliff, K. S. (1981) 'National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule', *Archives of General Psychiatry* 38: 381–89.

Russell, G. *et al.* (1987) *Notes on Eliciting and Recording Clinical Information in Psychiatric Patients, 2nd edn*, Oxford: Oxford University Press.

Rutter, M. (1977) 'Separation, loss and family relationships', in M. Rutter and L. Hersov (eds) *Child Psychiatry Modern Approaches*, Oxford: Blackwell.

Rutter, M. and Cox, A. (1981) 'Psychiatric interviewing techniques. I. Methods and measures', *British Journal of Psychiatry* 138: 273–82.

Rutter, M. and Yule, W. (1977) 'Reading difficulties', in M. Rutter and L. Hersov (eds) *Child Psychiatry, Modern Approaches*, Oxford: Blackwell.

Salmon, P. (1970) 'Vocational guidance', in P. Mittler (ed.) *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps*, London: Methuen.

Shuller, D. Y. and McNamara, J. R. (1976) 'Expectancy factors in behavioral observation', *Behavior Therapy* 7: 519–27.

Siegel, S. and Castellan, N. J. (1988) *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*, New York: McGraw-Hill.

Spector, P. E. (1980) 'Ratings of equal and unequal response choice intervals', *Journal of Social Psychology* 112: 115–19.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. and Lushene, R. E. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. and Rankin, H. (1979) 'The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence', *British Journal of Addiction* 74: 79–87.

Todd, J., Coolidge, F. and Satz, P. (1977) 'The Wechsler Adult Intelligence Scale Discrepancy Index: a neuropsychological evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45: 450–54.

Tversky, A. and Kahneman, D. (1982) 'Evidential impact of base rates', in D. Kahneman, P. Slovic and A. Tversky (eds) *Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases*, Cambridge: Cambridge University Press.

Watson, D. (1982) 'The actor and observer: how are their perceptions of causality divergent?' *Psychological Bulletin* 92: 682–700.

Watson, D. and Friend, R. (1969) 'Measurement of social evaluative anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448–51.

Watts, F. N. (1980) 'Clinical judgement and clinical training', *British Journal of Medical Psychology* 53: 95-108.

Watts, F. N. (1983) 'Strategies of clinical listening', *British Journal of Clinical Psychology* 56: 113–23.

Wechsler, D. (1981) *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Adults – Revised (UK Supplement, 1988)*, New York: Psychological Corporation.

Weissman, M. M. and Bothwell, S. (1976) 'Assessment of social adjustment by patient self-report', *Archives of General Psychiatry* 33: 1111–15.

White, P. A. (1988) 'Knowing more about what we can tell: "Introspective access" and causal report accuracy 10 years later', *British Journal of Psychology* 79: 13–45.

Yates, A. J. (1976) 'Research methods in behavior modification: a comparative evaluation', in M. Hersen *et al.* (eds) *Progress in Behavior Modification* 2, New York: Academic Press.

الفصل الثانى

مدخــل إلى العــلاج
An introuduction to treatment

ج . ى. باول و س . ج . ل . ليندسى
G.E. Powell and S.J.E. Lindsay

الفصل الثاني

مدخل إلى العلاج

ج. ي. باول و س. ج. ل. ليندسى

G.E. Powell and S.J.E. Lindsay

يصف هذا الكتاب اتجاهات علمية للبحث فى المشكلات النفسية وعلاجها والتحكم فيها . وخلال تناول القضايا الرئيسية فصلا بعد فصل قد تسقط بعض القضايا الواسعة أو خلفيات المشكلات ، أو تصبح غامضة على القارىء ؛ لذا يتعين تقديم بعض التعليقات المهمة منذ البداية .

أن تكـــون معالجــا

كنقطة بداية .. فإن المعالجين فى أى نظام علمي ، أو التابعين لأى مدرسة كانت ، عليهم أن يتحققوا من الآتى : ١) ما الذى يهدفون لتحقيقه ؟ . ٢) كيف سيعملون على تحقيقه ؟ . ٣) ما المنطق أو النظرية خلف برنامج العمل الذى وقع عليه اختيارهم ؟. ٤) ما تأثير مثل هذا التدخل ؟ . ٥) ما حدود هذا التدخل ؟ . ٦) متى يتعين عليهم إستشارة الزملاء المهنيين ؟ . ودائما ما يكون من السهل تقرير مثل هذه الصياغات أكثر من تحقيقها .

لنضع فى الاعتبار المشكلات التى تحدث عند تعريف الأسلوب الذى نستخدمه . وهناك بعض الأساليب التى يمكن تعريفها بسهولة فى المستوى العملى مثال ذلك التسكين المنظم ، وحيث يمكن وضع قائمة تفصيلية بإجراءات الاسترخاء ووضع التدرج والبنودالمقدمة فيه (انظر Lindsay الفصل السابع) . كما يمكن وضع قائمة بعلاجات أخرى فى صورة مبادئ توجه المعالج ، مثال ذلك استخدام إستراتيجيات التعاقد (١) فى العلاج الأسري (Holtzworth - Munroe and Jacobson, 1991) واستخدام إعادة التدريب التدريجى (٢) فى إعادة تأهيل الحالات السيكايترية المزمنة (Watts and Bennett, 1983) أو استراتيجيات التسجيل التخيلى (٣) لمساعدة أولئك الذين يعانون من مشكلات الذاكرة (Wilson, 1987) . وعلى ذلك فالكثير من أساليب العلاج ماهى فى الحقيقة إلا وصف للإستراتيجيات ، التى توجه سلوك المعالج، ولكنها لا تملى عليه كل التفاصيل الجزئية التى يجب أن تظل رهن إرادته .

مناظرة العلاج لصياغة المشكلة

تضمن الفصل السابق وصفاً لكيف يمكن وضع الصياغة التى تصف صعوبات العميل ، ويتعين أن تمكن مثل هذه الصياغة الأخصائى الأكلينيكى من تخطيط التدخل الذى عادة ما يكون فى شكل طريقة أو طريقتين مختلفتين فى كل حالة .

ولسوء الحظ فإن بعض المشكلات تكون على درجة من الصعوبة وتفتقر صياغتها إلى التحدد ، حتى أنه يتعين نتيجة لذلك تطبيق بطارية كبيرة من أساليب العلاج دون اعتبار لصياغة المشكلة ، وذلك بهدف

---

(1) Contracting Strategies
(2) Graded retraining
(3) Imagery recording

التأكد أنه أمكن علاج كل الصعوبات المحتملة . وعلى هذا فإن المرضى الذين يعانون على سبيل المثال من آلام وظيفية مزمنة يمكن أن يتلقوا تدريبا توكيديا وعلاجاً معرفيا لمعتقداتهم حول آلامهم، وتدريبا على الاسترخاء لخفض الألم ذاته ، وتعرضا لخفض تجنبهم للأنشطة ،التى تعلم منها العميل التعامل مع الألم (Spence, 1989) . بالإضافة إلى ذلك .. فإن عدداً من الأساليب المختلفة لمساعدة العميل فى مشكلة معينة مثل خواف الأماكن المفتوحة يمكن أن تكون فعالة . ويحقق بعض العملاء الشفاء ويمارسون نشاطهم العادى دون أى تدخل مهنى من المعالج (Gelder, 1981; Silva and Rechman, 1981) ويمكن أن تحدث مثل هذه النتائج لأن أساليب العلاج المختلفة أو المعالج وحده هو ما أدى إلى توجيه العميل للأعتقاد أنه يستطيع التعافى (Bandura, 1977) أو نتيجة لحدوث تغيرات أخرى فى معتقدات العميل (Ellis and Grieger, 1977) ويترتب على ذلك بصورة مباشرة حقيقة أن الطبيعة الدقيقة لأى أسلوب علاجى (وربما بالتالى كفاءته) تعتمد جزئيا على الخصائص الشخصية للمعالج ، بما فى ذلك درجة أصالته ، وخبرته، ومهارته ، وتحيزاته . وعلى سبيل المثال فإن قدرا مهماً من الحث والمساندة يتعين تقديمها قبل أن يتطوع المريض لإمكانات العلاج المهددة مثل التعرض شديد الكثافة للموضوعات التى تثير خوفه أو لكف الاستجابة فى حالة الطقوس الوسواسية (Foa and Goldstein, 1978) . وعلى الرغم من ذلك وحتى بالنسبة لأكثر اساليب التدخل كفاءة ، يتعين على المعالج أن يكون قادرا على شرح منطق البرنامج العلاجى المختار .

أولا : يجب أن يكون مفهوما أن ذلك يتمثل فى سلسلة من الأسئلة ، التى تكشف عن المستويات المختلفة من التفسير وفيما يلى مثال لذلك :

س : لماذا تعبر بالسيدة «س» الطريق كل يوم ؟

ج : لكى أسكن روعها من حركة المرور .

س : لماذا ؟

ج : لأمكنها من الذهاب إلى المتاجر .

س : لماذا ؟

ج : كجزء من الروابط الزوجية ، وأملاً فى خفض الخلافات الزوجية .

س : لماذا توجد روابط زوجية تتطلب خفض الخلافات ؟

ج : لإنقاذ الزواج وحمايته .

س : لماذا تحاول إنقاذ زواجك ؟ هل يساعد ذلك على تحقيق توقعات كلا الطرفين ؟

ثانياً : تتطلب كلمة لماذا ايضا تقديراً للنظرية أو المعلومات مثال ذلك .

س : لماذا تعبر بالسيدة «س» الطريق كل يوم ؟

ج : تكراراً لعرض المنبهات المزعجة التى تؤدى إلى خفض القلق ، تحت ظروف معينة (انظر Lind-say الفصل الثامن) .

س : لماذا تفعل ذلك ؟

ج : لأن فشل السيدة «س» فى الشراء هو جزئيا استجابة تجنب متعلمة ، ستزول بمجرد زوال

الخبرة المنفرة المقترنة بعملية الشراء أو التخلص منها ، والتى تؤدى بالتالى إلى زعزعة تأكد السيدة «س» من أسوأ افكارها التى تدعم مخاوفها .

س : ولماذا تستند فى ذلك إلى الروابط الزوجية ؟

ج : كنوع من إرساء وتأكيد الدعم المتبادل للسلوك الإيجابى ، فى ضوء حقيقة أن عدد هذه التدعيمات المعبر عنها بين الزوجين يرتبط إيجابًا بتقديرات الرضا الزواجي . (Gottman, 1979) .

تأتى بعد ذلك مشكلة الملاحظة ، ومعرفة تأثير العلاج . ويسهل قياس بعض المتغيرات المستهدفة أكثر من غيرها ، وفى الحالة السابقة يمكن قياس استجابات القلق بواسط التقرير الذاتى . كما أن افتراض انخفاض هذه الاستجابات سيسمح للسيدة «س» بالتسوق أكثر ، وهو أيضًا مما يمكن قياسه بحساب مرات تكرار تسوقها . ولكن ماذا عن قياس مقدار التدعيمات الإيجابية الصادرة فى السياق المنزلى ، فهى ليست متاحة للملاحظة المباشرة ؟ ماذا يحدث إذا لم يوافق الشريكان على أن تدعيمًا إيجابيا حدث أم لا ؟ ما مقدار صدق مقاييس التقدير الذاتى حول الرضا الزواجي ؟ كيف يستطيع المرء قياس الرضا الذى يفترض أن يكون حقًا شرعيًا من خلال حماية الزواج ؟ وهناك أيضا الآثار غير المتوقعة من العلاج : فالسيدة «س» اصبحت أكثر كفاءة مما كانت تتوقع ، كما أن ثقتها العامة فى نفسها تزايدت ، وقد أصبحت مستاءة لكونها تحت العلاج كمريضة بواسطة زوجها ، وأن يطلب منها دوراً أكبر ومختلفا فى اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتها الزوجية . ويرى السيد س ذلك بوصفه يمثل تهديداً ؛ فهو يفضل اتخاذ القرارات ، دون الحاجة لاستشارة زوجته ، وقد أحس بالفخر من قدرته على التعامل مع امرأة مريضة .

كيف يمكن فى ضوء هذه المجموعة من الظروف قياس أشياء مثل درجة التهديد أو فقدان تقدير الذات ؟ ربما يتعين على المرء أن يتنبأ بهذه النتائج الممكنة ، وأن يضع مقاييس لخط اساسى يتعامل به فيما يخص الأدوار الزوجية ؟ ويمثل كل ذلك تحذيرات من احتمال حدوث تعقيدات ، ولكن هل من الكفاءة أو حتى فى الإمكان قياس كل هذه الجوانب حتى إذا تصادف أن ثبت بعد ذلك أنها متعلقة بالمشكلة .

وبالتالى فإن ملاحظة تأثير العلاج غالبا ما يكون حلا وسطا بين مايجب قياسه وما يمكن قياسه على المستوى النظرى ، وما يجب قياسه ومايمكن قياسه على المستوى العملى . مع الأخذ فى الاعتبار ضغوط الوقت المهنى . ويستخدم كل المعالجين مقاييس لملاحظة التحسن وقياس الكفاءة ، حتى إذا ما كانت هذه المقاييس هى مجرد ملاحظة سلوك المريض أو مزاجه خلال الجلسات أو مجرد الاجابة البسيطة عن كيف جرت الأمور خلال الاسبوع السابق . غير أن تأكيد أهمية المقاييس قبل وبعد هذا المستوى الأدنى يتطلب ليس فقط خبرة كبيرة وتطبيقات (الفصل الأول) بل أيضًا قدراً من المرونة . وعلى الرغم من ذلك فدائمًا ما تحدث تغيرات فى عوامل ، لم يتوقعها الأخصائى الأكلينيكى أو يسجلها .

ان تكون معالجاً علمياً.

كتبت كل الفصول التالية بواسطة أناس ، استنوا منحًا علميًا عريضاً أو منحاً تجريبيًا فى تناول المشكلات وأساليب العلاج ؛ بمعنى أن أعمالهم عرضة للفحص العلنى فى الدوريات العلمية ، وأن نظرياتهم وأساليبهم فى العلاج عرضة للتحقق من صدقها التجريبى أو رفضها . فما الذى تعنيه كلمة علمي بمعناها الواسع فى المجال العملى ؟

تحديد الأهداف

أحيانا مايلى الأهداف المتفق عليها مع العميل منذ بداية العلاج عمليات قياس أو فحص طويلة، تستخدم فيها كل الأساليب الممكنة والأجهزة ذات الصحة المعروفة ، والثبات والصدق (الفصل الأول) .

التقييم المستمر

يستمر هذا التقييم طوال فترة العلاج لملاحظة التحسن ولتقديم الدلائل على كفاءته . وتظل الصياغة الاصلية مجرد صياغة للخطوط العريضة فى اطار الفرض ، الذى وضع ، وهو أن الاستراتيجية «س» ستحقق النتيجة «ص» ، وبالتالى فإن العلاج يستخدم بوصفه اختباراً للفرض ، بالاضافة إلى ذلك لا تحدث متابعة العلاج دون اعتبار للنتائج ، ولا يتحتم افتراض أن العميل سيحقق نتيجة من تدخل بعينه .

تعريف الاستراتيجيات والأساليب

يجب تعريف استراتيجيات العلاج وأساليبه النوعية بأكبر قدر ممكن من الدقة ، ويفضل أن يكون ذلك بتعبيرات إجرائية ، بالطريقة التفصيلية الصارمة نفسها التى تكون عليها البحوث التجريبية ، وبالقدرنفسه من الدقة لكى تسمح بإمكان إجرائها مرة أخرى . وتساعد التعريفات المحكمة لمناهج وأساليب علم النفس الأكلينيكى على إبقاء مصادر التباين غير المعروفة فى أدنى درجة (كالتى تنتج مثلاً عن خصوصية تفسيرات المعالج أو سلوكه) ، وهى تسمح بالإضافة إلى ذلك بتوفير أساليب موحدة بدرجة ما للأستخدام من الحالات الفردية إلى البحوث الجماعية ، كما أنها تساعد على توفير إمكانية المقارنة بين الدراسات عبر مجموعات بحثية مختلفة ، وربما بين بلاد مختلفة . وهى تساعد فى العمليات التى لا تصلح فيها بعض الأساليب التجريبية فى تشكيل المقومات الأساسية ؛ للتوصل إلى العناصر النشطة ، كما تيسر فى الممارسة الأكلينيكية تعليم الأسلوب للأخصائيين النفسيين الآخرين والمرضات والوالدين . والأقارب الذين يتعين أن يشاركوا جميعًا فى علاج العميل .

ويفضل فى سياق هذا الوصف القيام بالمناقشات البناءة للحالة مع الزملاء المهنيين.

ومن المثير للسخرية ما لوحظ من أن الثبات الذى حققته إجراءات العلاج والتجريب حظى بالقليل للغاية من الاهتمام (Billingsley et al., 1980) ، وفى المقابل كانت هناك توصيات قليلة فى تراث العلاج حول مناهج تقييم الصحة و الاتساق ، أو حتى الصدق الذى خرجت به أساليب علاج معينة . مثال ذلك أن التقارير البحثية فى العلاج السلوكى لخواف الأماكن المفتوحة ، نوقشت بواسطة ليندساى Lindsay (الفصل الثامن) ، غير أنه لا يوجد غالبًا أية معلومات فى هذه التقارير حول مدى تحقق الدقة أو الاتساق فى هذه الأساليب العلاجية . وغالبًا ما توجد معلومات قليلة حول ما إذا كانت قد لوحظت تغيرات جوهرية مفترضة أم لا (معرفية ، حث حسى ،أو انشطة أخرى فى نمط التنفس) إن صدق أساليب العلاج النوعية غير محدد . هل العلاج المعرفى معرفى حقًا ؟ .

وعلى الرغم من ذلك ،يتعين فى الممارسة الأكلينيكية وصف إجراءات العلاج بدقة شديدة ؛ فتعبيرات عامة مثل تدبر القلق (١) يجب أن يستبدل بها حصر لمجموعة الأفعال ، مثل إسترخاء عضلى متدرج (٢)

(1) Anxiety management
(2) Progressive muscular relaxation

يمارس خلال التمرينات التخيلية مثلا للصعود إلى طائرة قام به العميل ، عندما كان جالسًا فى انتظار الصعود للطائرة ، كل ذلك بهدف تحقيق الأهداف المرجوة من العلاج ، ويجب أن يلاحظ بالمثل مقدار اتساق سلوك العميل . ما مدى تحقيق العميل للاتساق فى تحكمه فى مؤشرات الاسترخاء ، تحت ظروف التوتر ؟ وما مقدار تسجيله للأفكار السلبية والتحديدات المقابلة عندما يكون مكتئبًا ؟

التحسن خلال الفحص المنظم

يتم تقدير التحسن والتقدم بصفة عامة من خلال الفحص العلمى المنظم ، لذا فإن التدخلات العلاجية المدعمة بالتجارب العلمية هى فقط التى يوصى بها فى هذا الكتاب .

وعلى أى الأحـــوال .. فإن مثل هذه البحوث لم تكن ابدا من الدقة بحيث تكون تجارب الحالة المفردة (١) ، التى يقوم بها الأخصائى الأكلينيكى ضرورية فى كل حالة أكلينيكية .

بعض المبادئ العامة فى العلاج

اكتساب توقعات واقعية

تتضمن إحدى الخطوات الأولى المهمة فى العلاج إعطاء العميل توقعات واقعية ، ولكنها مشجعة حول إدارة العلاج وتأثيراته . وقد يكون من الضرورى أولا التعامل مع بعض افتراضات العميل الشخصية، وأى معارضات أو حيرة قد تكون لدى العميل حول الفرض الذى يصوغه الأخصائى الأكلينيكى حول صعوباته .

ويتوقع بعض العملاء الحصول على دواء يكون سريع المفعول ، وسيتوقع آخرون التوصل إلى «الأسباب» التاريخية لصعوباتهم ، دون أى تدخل إضافى يؤدى إلى شفائهم. ويتوقع كثير من العملاء أن يكون عبء العلاج واقعا على المعالج وأنهم فقط المتلقون السلبيون للعلاج . وسيتوقع آخرون أن العلاج النفسى يتضمن فقط الحديث ، وبالتأكيد فهم ببساطة يرغبون فى التحلل من مسئوليتهم بهذه الطريقة . لذا سيكون من الضرورى أن يُوضح لهم بطريقة لطيفة أن التغير نحو الأفضل سيحدث ببطء ، كما سيكون من المهم أيضا الإشارة إلى أن العلاج سيتضمن تدريبات على أساليب سلوكية جديدة ، وأن العميل سيكون مطالبا بالقيام «بواجبات منزلية» خارج العيادة . يضاف إلى ذلك أن هدفا آخر للعلاج سيتضمن فى المقابل مساعدة العميل لنفسه على التحكم فى صعوباته وتدبرها وتخطيها وذلك لمعاونة العميل على أن يكون مستقلاً عن المعالج والمساعدات الأخرى . وقد يكون من الضرورى توضيح أنه رغم عدم إمكان التأكد من السبب الأساسى للصعوبات .. فإن عوامل معينة ستسهم فى مقاومتها ، وأن هذه العوامل هى التى سيتم تناولها فى العلاج . ويتعين وضع الخطوط العامة للمنحى التجريبى فى العلاج . وأخيرا يتعين الإشارة إلى أن العلاج لن يستمر إلى ما لانهاية . وعلى المعالج أن يتوقع أنه سيطالب بعد جلسات على امتداد عشرين أسبوعاً بتحديد ما الذى حققه العميل من فائدة على مدى هذه الفترة الزمنية ، يتلو ذلك أن تكون زيارات المتابعة التى تتم بمعدل مرة شهريا ذات قيمة على مدى معين .

وكمقدمة بناءة للعلاج .. يجب استخدام عرض منمذج (٢) بالفيديو أو جهاز التسجيل الصوتى لجلسات العلاج ، ويتعين على المعالج وصف أسلوب العلاج والنتائج المحققة فى حالات مشابهة، كما أن

---

(1) Single Case experimentation
(2) Modeling presentation

توضيح الآثار المعرفية المختلفة المشجعة وغير المشجعة ، سيكون مدخلًا مفيدًا للعلاج المعرفى (انظر Bradley الفصل السادس) .

ويمكن لممارسة التعود بواسطة التدريبات التخيلية أن يكون مدخلاً مشجعًا للغمر (١) فى المواقف الحية . ويرى باندورا (1977) Bandura أن تزويد العملاء بتوقعات حول إنهم سيكونون قادرين على التعامل هو اضافة مهمة للعلاج الناجح ، مهما كان نوع هذا العلاج . وهناك محاولات قليلة جرت لأعداد المرضى من خلال تزويدهم بنشرات وكتيبات قبل دخولهم للعيادات النفسية ، غير أن النتائج لم تكن مشجعة (مثال ذلك Schumann, 1987) ويرى بعض العملاء أن هذه المواد مثبطة للهمة . وبالتالى فلايمكن لهذه الطريقة أن تكون بديلا عن النقاش الذى يديره المعالج حول الأمور التى سبق الإشارة إليها ، والإجابة عن أسئلة العميل حول انشغالاته .

التدعـــــيم

دائمًا ما يكون من المهم خلال العلاج تدعيم التحسن الذى حققه العميل ؛ حيث يبدأ من يعانون من خواف الأماكن المفتوحة فى زيارة بعض الأقسام المشوقة فى المتاجر . ويجد العملاء أصحاب المخاوف الأجتماعية أصدقاء جدد ، ويشاركون فى بعض النوادى المشوقة . ومثل هذه التدعيمات ستكون مهمة ؛ حيث إن التدريب على بعض المهارات الاجتماعية هو العلاج الرئيسى . كما أن سحب التدعيم من بعض اشكال السلوك غير المرغوبة قد يكون مهمًا فى بعض الحالات ، وفى البعض الآخر قد يكون تدعيم السلوك الإيجابى متوقعًا بواسطة المكافآت الرمزية (٢) التى يمكن أن تُدخر ويتم تبادلها بمكافآت حقيقية يحصل عليها العميل وفق برنامج اقتصادى ، يسبق الاتفاق عليه (Token economy Programmes, TEP, Kazadin, 1982) .

توفـــير العــــائد *

أحيانًا ما يكون العائد هو الأسلوب العلاجى الرئيسى ، كما فى التدريب على الاسترخاء المعتمد على العائد النفسى الفسيولوجى أو عائد الإيقاع اللحائى الرولندى الحسى الحركى للتحكم فى النوبات المفاجئة (٣) ، وهو غالبا مثل مخططات النجوم (٤) فى برامج المكافآت الرمزية ، التى تنظم للعملاء الذين يعانون من الانهيار ، والتى يستخدم فيها الفيديو أثناء التدريب على المهارات الاجتماعية ، أو منحنيات الوقت المستغرق فى أداء مرضى الوسواس القهرى للطقوس ، وحيث يكون العائد أكثر من مجرد عامل مساعد. والواقع ، ولأن هذا المجلد يهتم بشدة بالتقييم المستمر ومتابعة التحسن .. فمن الممكن دائمًا تدبير عائد مناسب ، يكون متاحًا للمريض، ويتعين بصفة عامة أن يكون هذا العائد فى أقصى حجمه .

ويكون العائد ذا قيمة حينما يكون التغير فى السلوك المستهدف بطيئًا وغير مدرك من جلسة لأخرى، وعلى أى الأحوال فعلى المعالج أن يفكر بعناية عند توفيره لعائد ، فى احتمال أن يؤدى إلى خفض

(*) تترجم كلمة Feedback احيانًا إلى العربية بـ «التغذية المرتدة» ، وهي ترجمة ميكانيكية الطابع ، وتستخدم في لغة الحواسب الإلكترونية وتفضل ترجمتها بـ «العائد» فهي عائد السلوك و انعكاسه على وسيط آخر .

(1) Floading
(2) Token economy
(3) Rolandic Cortex sensorimotor rhythm to Control Seizures
(4) Star Charts

ثقة المريض ؛ فقد كنا – على سبيل المثال – نستخدم التسجيل بالفيديو أثناء علاج التهتهة لقياس درجة التقطيب ؛ بوصفها أحد مؤشرات التحسن ، غير انه كان من المؤلم للغاية مشاهدة المريض للشرائط التى سجلت فى فترة مبكرة من العلاج . ومن الواضح أنها كانت أسوأ من إدراك المريض نفسه لمظهره الوجهي؛ مما جعلنا لا نتيح له مشاهدتها . وفيما بعد عندما حقق تحسنًا أكبر ، كان من المفيد أن تعرض عليه الشرائط الأفضل لتبين له أى مجموعة عضلية ما زال فى حاجة لجعلها تسترخى .

ويمكن لبعض العملاء ، وعلى وجه الخصوص أولئك القلقون اجتماعيًا أن يجدوا فى عرض الفيديو أثناء جلسات العلاج الجماعى تهديدًا شديدًا لهم ، وننصح بتقديم مثل هذه الخبرة لهم فى مواقف فردية بينهم وبين المعالج أولا . وبذا يصبح العائد بالفيديو معززًا ومطمئنًا ، ومؤكدًا لمثل هؤلاء العملاء ، عندما يرون أن مواقف عدم الراحة التى كانوا يعانون منها قد اختفت .

مناحـــى التـــدرج

تتعلق كل مناحى التدرج بمواجهة المريض بهدف يمكن التحكم فيه ، وهناك على الأقل ثلاثة مناحى: الأول يتضمن القيام بتجزئة مهمة كبيرة إلى عناصر جزئية أو أهداف فرعية ، وما إن يتم تحقيق كل هدف فرعى حتى يحدث تقدم ثابت نحو الهدف النهائى . مثال ذلك أن هدف الزواج وتحقيق حياة طبيعية بالنسبة لرجل متطرف فى الخجل يمكن أن يتضمن تدبر القلق ، وتدريبًا على المهارات الاجتماعية، وعلاجًا أسريًا لخفض مجال السيطرة الوالدية الشديدة ، وتحقيق مستوى منخفض من الأنشطة الاجتماعية مثل الألتحاق بالنوادى أو الجمعيات .. الخ . ثانياً هناك أسلوب تشكيل [1] السلوك (استعارة للتعبير من نظرية التعلم الإجرائي) حيث تنظم سلسلة دقيقة التدرج من المطالب للفرد يتعين عليه تحقيقها . مثال ذلك مايحدث عند إعادة تعليم اللغة لرجل لديه إصابة فى المخ ؛ إذ يجب تدعيم أى لفظ عارض صدر منه ردًا على سؤال من المعالج بداية ، وفيما بعد يكون التدعيم لأى تقريب غير دقيق لكلمة ، ثم يصبح التدعيم لأى نطق مناسب لكلمة ، وأخيرا يأتى دور المكافأة على نطق عدة كلمات . ثالثا هناك التدرج فى المهام وفقًا لخصائص أثارتها للخوف . فمن حيث المبدأ يتعامل المرضى مع المهام الأقل إزعاجا أولا ، على أمل أن الخوف سيزول، وأن الكفاءة ستتزايد وبمرور الوقت يمكن مواجهة المواقف شديدة الصعوبة .

النمـــذجة [2]

وهى عبارة عن عرض مهارة يتعين على المريض اكتسابها ، وأحيانا ما تكون النمذجة فى حد ذاتها شكلا أساسيا من أشكال العلاج ، وكجزء رئيسى فى التدريب على المهارات الاجتماعية أو لمشاهدة زوجين للطريقة المناسبة لكيفية مناقشة قضية ما بشكل بناء . وغالبًا ما تستخدم النمذجة لتدريب الآخرين على المهارات السلوكية ، ولعرض طريقة السيطرة على الفصل للمعلمين مثلاً . أو لمشاهدة الأمهات لكيفية التعامل مع طفل فى سورات الغضب ، كيف تتجاهله أو تبقيه ساكنًا، وكيف تثنى على الطفل وتكافئه عندما يحسن السلوك . وهناك أوقات كثيرة ، يكون الإيضاح اللفظى فيها غير مناسب ، وهنا تصبح النمذجة ذات قيمة كبيرة .

(1) Shaping
(2) Modelling

الأداء التدريبى [1]

قد يكون من السهل القيام بأداء تدريبى وتمثيلى لمهارات ، مثل : الاسترخاء التدريجى لخفض الصداع أو القلق ، أو تجاهل نوبات السورة لدى الطفل فى المتاجر والمحلات العامة بدلا من تهدئته بالحلوى ، ومواجهة الغرباء من خلال الاتصال البصرى المباشر ، على الرغم من القلق الحاد. وقد يكون كل ذلك سهلاً فى بيئة العيادة المحمية ، بينما لايكون ممكنًا أن يقوم به العميل تحت وطأة هذه التوترات فى البيئة الحية . وبالتالى وكلما كان ممكنا يجب القيام بأداء تدريبى على هذه المهارات تحت ظروف تنبيه التوتر ، كما يمكن بالمثل التدريب على مهارات جديدة حتى يتم إجادة تعلمها ، وإلا فإن العادات السابقة (والتى يحتمل أن تكون هى العادات الأقوى إذا استعرنا هذا التعبير القديم) ستتلاشى تمامًا ، وستفقد العادات الجديدة تكاملها تحت الضغوط والتوتر . ومن ثم فإن أغلب برامج العلاج تتطلب واجبات منزلية على العميل أن يقوم بها فى الأوقات الواقعة بين الزيارات ، التى يقوم بها للمعالج ويتدرب على المهارات التى تعلمها فى الجلسات السابقة ، وهو أمر طبيعى وعلى الأخص بالنسبة للمرضى الخارجيين .

تغيير المعتقدات غير السليمة

يعد العلاج المعرفى الآن جزءًا من العلاج النفسى لأغلب – إن لم يكن لكل – المشكلات التى تعرض على الأخصائى النفسى ، وكما ستبين أغلب فصول هذا الكتاب فإن القدر الأكبر من الممارسات ذائعة الانتشار تتضمن الآتى (انظر على سبيل المثال Bradley الفصل السادس) : بواسطة التسجيل الكتابى اليومى ضع قائمة بالآتى ، كما يحدث :

١) المشاعر المضطربة (مثل الغضب ، الحزن) ودرجة حدتها .

٢) الأفكار المناظرة (أى قد يقول الأخصائى الأكلينيكى أن هؤلاء المرضى شديدو التعقيد بالنظر إلى هذه الأساليب العلاجية البسيطة ، لا يوجد أمل ، انا لا اساعد أى شخص)

٣) التحديات المقابلة .

٤) التغيرات فى الانفعالات السلبية الناتجة عن مثل هذه التحديات .

تحويل مهمة العلاج والتصرف للمريض وبيئته

تتطلب أغلب أساليب العلاج التى سيتم وصفها فيما بعد قيام المريض بتحمل قدر أكبر من المسئولية عن سلوكه ، وأن يتعلم كيف يواجه المشكلة ويتعامل معها ، وأن يلاحظ المهارات التى سيقدم له المعالج نماذج لها ، وأن يعرف كيف يعالج أى عودة للمشكلات تحدث له ، وبالتالى تتطلب أغلب أساليب العلاج تعليم المريض (وأولئك الذين يشاركون المريض) المبادئ التى يستخدمها المعالج فى علاجه بكل صراحة .

مثال ذلك أنه يتعين أن يتعلم المريض الخوافى ، ويتفهم امكانية اعتياد القلق ، وأن عليه أن يظل فى موقف قد يتعرض خلاله لشعور مفاجيء بالقلق إلى أن يخمد هذا الشعور ، وسيكون من الحكمة أيضا إعداد العميل لعودة مثل هذه الأحداث ، حتى بعد نجاح العلاج طالما أن ظهورها غير المتوقع يؤدى لاحتمال صعوبة التعامل معها .

---

(1) Rehearsal

بعض المشكلات العامة

هناك عديد من المشكلات أو القضايا المتعلقة بالعلاج ، والتى لا توجد لها إجابات قاطعة ، والتى كثيرا مايقدم عنها التراث العلمى قليلا من المؤشرات الحاسمة حتى الآن ، غير أنه يتعين أيضا أن نكون واعين بها منذ البداية ؛ إذ قد تحدث فجاءة وعندئذ يتعين مواجهتها بصورة بناءة .

القصور فى الاذعان لنصيحة المعالج

يُظهر التراث البحثى فى الطب العام أن المرضى لا ينفذون الكثير من النصائح العلاجية (Ley, 1983) وقد بين هولشر وأخرين (1984) Hoelscher et al. أن تدريبات الاسترخاء المنزلية تحدث مرات أقل كثيرا مما يذكر العملاء . ومما لا شك فيه أن الإذعان لنصائح المعالج يعد مؤشراً مهماً على نجاح أو فشل العلاج .

إلا أن المعالج لا يملك حقًا مطلقًا لفرض الإذعان على المريض . غير أنه من المؤكد أن العميل الذى يقبل ويتبع كل النصائح قد لا تكون لديه متاعب مستقبلية فى تدبر الصعوبات متبعًا فى ذلك الخلاصة التى خرج بها من العلاج ، والأكثر من ذلك سيكون من غير الأخلاقى توقع أن يقوم عميل بالإذعان لكل النصائح ، ما لم تكن قائمة على أساس معلومات ترتبط بمنطق العلاج .

وقد يكون عدم الإذعان نتيجة للفشل فى تذكر النصائح العلاجية ،أو الفشل فى فهم طبيعة العلاج ، ولماذا يتطلب هذه النصائح . وقد ينتج عن عدم الرضا ببعض جوانب المشورة العلاجية (Pendleton, 1983) ، أو من معتقدات العميل عن العلاج أو عن صعوباته الشخصية ، ونموذج المعتقدات الحية لديه (Becker, 1974; King, 1983) .

تذكر النصيحة العلاجية

غالبا ما تُتذكر النصيحة العلاجية على أفضل وجه ، إذا قدمت فى أخر الاستشارة إذا تم توجيه الانتباه إلى الجوانب الجوهرية فى صيغة مثل «سيكون من المفيد أن تتذكر ... » . ويكون احتمال تذكر النصيحة أكبر ، إذا ما قسمت إلى رؤس موضوعات ، مثل : «ماذا تفعل» ، «ما الذى يفعله زوجك» ، «كيف تسجل مايحدث» . وهكذا . ولحسن الحظ يتوفر الوقت فى أغلب الاستشارات النفسيه سواء لدى العميل أو المعالج لكتابة التعليمات ، ووجود صحيفة تسجيل معدة ومكتوبة غالبا مايكون بمثابة الوسيلة المساعدة لتذكر العلاج .

فهم النصيحة العلاجية

يتعين أن تقدم كل النصائح بلغة سهلة ، وبالتعبيرات نفسها التى يستخدمها العميل كلما كان ذلك ممكنًا . وكلمة مثل «المكافآت» يتعين استخدامها بديلا عن «التدعيمات» . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يتأكد أن العميل فهم مايقصده بأن يسأله أن يعيد النقاط المهمة الخاصة بالعلاج ، وأن يشرح لماذا تُعد ضرورية . ومن خبرتنا وجدنا كم كان مربكا ، على الرغم من كونه مفيدا تعليمياً ، أن نكتشف أن عميلاً لم يفهم المعلومات الجوهرية ، والتى افترضنا أنها قدمت بشكل مباشر .

الرضا بالمشورة العلاجية

تشير الدلائل التى لخصها بندلتون Pendleton (1983) إلى أن العميل سيكون راضياً بالمشورة إذا كان يؤمن أن المعالج قد اكتشف انشغالاته وتوقعاته وفهمها وتعاطف معه . مثال ذلك قد لا يتعاون العميل مباشرة فى العلاج ، الذى صمم لتغيير الأساليب التى يستجيب بها لاستجابات الأخرين ، إذا كان يتطلع ببساطة لفرصة للتخفيف عن نفسه ، ربما من خلال الشكوى من إتجاهات الأقارب والاصدقاء. ومن هنا فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يبحث عن مخرج يجعل العميل ، يفهم من خلاله أنه إذا سعى لتغيير سلوكه فإن الأخصائى الأكلينيكى سيعطيه آذاناً صاغية لسماع متاعبه الأكثر واقعية ، ويتعين مناقشة مثل هذه الترتيبات وتوضيحها مع العميل .

نموذج المعتقدات الصحية والعلاقات بين الاتجاهات والسلوك

يفترض نموذج المعتقدات الصحية (Backer, 1974; King, 1983) ونماذج العلاقات بين الاتجاهات والسلوك (Ajzen and Fishbein, 1980; Bentle and speckart, 1979) عدداً من التأثيرات ، مثل : رغبة العملاء فى تحقيق تحسن فى صعوباتهم ، وإدراكاتهم للنتائج القريبة والبعيدة إذا طالت المشكلة دون علاج ، وتقديرهم لدرجة الإعاقة الناتجة عن الصعوبات التى يعانونها ، وتكلفة العلاج مقابل فوائده كما يقدرونها بأنفسهم . وقد لا يكون العميل الذى يرى أن العلاج يتطلب حضوره عدة جلسات فى العيادة، وإنفاق قدر من الوقت خارج العمل لتحقيق فائدة غير مؤكدة ، مستعداً لتكريس المزيد من الوقت للقيام بالواجبات العلاجية المنزلية . وقد تكون المعتقدات حول نظرة الأخرين لصعوباته مهمة . كما قد يكون من المهين بالنسبة لبعض الناس أن يُشاهدوا متوجهين لعيادة نفسية ، مما يجعلهم يعتقدون أنهم معرضون لخاطرة أن يوصفوا بأنهم «مرضى عقليون» وقد يكون تقدير العميل واقعيا ، أو يكون على الأخصائى الأكلينيكى أن يجهد نفسه فى عرض النتائج الفعالة للعلاج ، وقد يخشى العميل التعلق بآمال كاذبة ، أو أن أصدقاءه وأقاربه شجعوا ودعموا سلوكه المرضى .

بعض أشكال السلوك الأخرى غير المتعاونة

إلى جانب عدم الامتثال للنصيحة العلاجية ، قد يبدى العملاء نقصاً فى التعاون من خلال أساليب أخرى ، مثل : عدم المحافظة على مواعيدهم أو التأخر عنها ، أو القيام بسلوك هدام لنواتهم مثل تناول جرعات دوائية زائدة ، والسعى للحصول على المساعدة فى صراعاتهم من أخصائيين آخرين مثل الطبيب الممارس العام .

وسيكون من المفيد بالنسبة للمعالجين تحت التدريب أن يعرفوا أن هذه المشكلات يمكن حتى للممارسين المتمرسين مواجهتها ، وقد لا يكون من الممكن حلها . إلا أن وضع التأثيرات التى وصفت فى القسم السابق فى الأعتبار قد يكون مفيداً .

شفاء أم سيطرة ؟

يحتمل فى حالة الكثير من المشكلات الأكلينيكية أن يكون الاختفاء الكامل لكل الصعوبات أمر غير وارد . مثال ذلك أن الفصام المزمن يمكن أن يظل مقاوماً بصورة متقطعة على امتداد عدة سنوات . وبالتالى قد ينشغل الأخصائى الأكلينيكى ببساطة بالسيطرة على الأعراض خلال المرحلة الأكثر حدة فيه (انظر الفصل السادس عشر Hemsley) ، كما ينشغل بإعادة التأهيل عندما تخف حدته إلى أقصى درجة

(الفصل الرابع والعشرين Lavender and watts) وحتى بالنسبة للعميل الذى يعانى من نوبات من الهلع ، والذى يتعرض لفترات طويلة لاختفائه ، إلا أنه مع العلاج يظل غير مستريح لسنوات طويلة لاحتمال عودتها . وبالتالى فمن المهم اتخاذ القرار مبكرا على أساس تحقيق أهداف واقعية بقدر الإمكان . وينصح بأستخدام أساليب العلاج المعرفى وعلاج المهارات التوافقية الأخرى لفترة زمنية طويلة مع الإعاقات المتكررة والممتدة لفترات طويلة ، وقد نوقشت هذه النقاط على امتداد الكتاب . وعلى القارئ أن يلاحظ أن هذا الموقف مختلف عن حالات فشل العلاج (Foa and Emmelkamp, 1983) .

أولـــويات الأهــداف

دائما ما يتضح من التحليل المعرفى السلوكى سلسلة كاملة من الأهداف ، التى يمكن أن تكون غير عملية ومختلطة ، بما يجعل من غير الممكن التعامل معها جميعها فى وقت واحد . وهناك أهداف معينة يجب تناولها أولاً لما لها من تأثير سلبى مقاوم على السلوك كله فالأكتئاب والأرق والإفراط فى الشراب جميعها أهداف تقع فى هذه الفئة . ويعتمد تحديد الأهداف بعد ذلك جزئيًا على الاتفاق بين المريض والمعالج ، والذى تكون لديه بعض المسئوليات نحو المجتمع ، ونحو أولئك الذين يقاسمون المريض بيته .

مشكلة نقص المعلومات

يشعر أغلب المعالجين بعدم الكفاية فى بعض مراحل برنامج العلاج . وذلك عندما تكون نصيحة اشخاص آخرين مهمة ويتعين وضعها فى الاعتبار ، واستشارة الأخصائيين فى مجال معين أو سؤال النصيحة ممن هم أكثر خبرة ليس علامة ضعف أو جهل ، وبالتأكيد فإن الكثير من برامج العلاج تعد معقدة فنيا لدرجة أن التشاور مع الزملاء يعد هو النموذج الملائم ، بالإضافة إلى ذلك ، فعلى المعالج ألا يركز بصورة ضيقة للغاية على مجرد الجوانب النفسية للمشكلة القائمة أمامه ، بل عليه أن يتدرب على ملاحظة المشكلات الأخرى (الصحية أو المدرسية أو المنزلية) ، وأن يتأكد أن الزملاء المهنين المختصين مثل الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين أو الأخصائى النفسى المدرسى قد تناولوها . بمعنى آخر .. فإن هذه المشكلات تدخل دائمًا فى العلاج . ويعد المؤتمر الدورى المتعدد الاختصاصات لدراسة الحالة ومناقشتها مع الأخصائيين النفسيين الآخرين من الأمور المهمة .

حسن الانتفاع بالوقت والموارد (١)

يعانى كل معالج من نقص الوقت والموارد . ويتعين وضع مشكلة حسن الانتفاع بالوقت واستثماره فى الاعتبار عند تخطيط نوع الخدمة المقدمة ؛ مثال ذلك قد لايكون عمليًا بالنسبة للأخصائى النفسى الأكلينيكى أن يقدم الخدمة لكل فرد فى قسم المرضى المزمنين ، والأحرى أن يجمع كل مجموعة من المرضى ذوى المشكلات المتشابهة ، أو أن يقضى الجلسات فى تشجيع وتعليم نمط شامل من العناية ، أو أن ينظم مع فريق العناية برنامجًا عامًا لأحد أقسام المرضى . وبهذه الطريقة يستفيد أكبر عدد من المرضى من أقل عدد من المعالجين ، وبذا يمكن إنفاق المزيد من الوقت فى تحليل المشكلات وفى وضع برامج العلاج . ورغم أن ذلك قد يؤخر بعض الأشياء الأساسية .. إلا أنه سيؤدى إلى تجنب تبديد الجهد فيما بعد .

(1) Resources

صــرف المريــض

عندمـا يحين الوقت المناسب على المعـالج أن يرفع يده ويترك المهمـة للمريض نفسـه ، وأن يؤكد للمريض ضرورة استخدام مهاراته الشخصية فى تدبر أموره ، وذلك خلال فترة مبكرة من العلاج بأعتبار أن عمليات الانسحاب التدريجى من مساندة المعالج للمريض ضرورية ، إضافة إلى محدودية وقت العلاج . ويؤدى هذا التوجه إلى الحد من شعور المريض أنه مرفوض ، عندما يحين وقت صرفه إذ يجعله ذلك ينظر إلى الموقف بطريقة إيجابية . ويؤدى التخطيط المسبق لصرف المريض أيضًا إلى تلطيف الشعور بالذنب، الذى يعانيه المعالج والذى ينشأ من مشاعر الضيق عند صرف المريض ، والمتمثل فى اعتقاده أنه كان يستطيع عمل المزيد معه ، أو أنه لم يفعل ما فيه الكفاية . ولسوء الحظ .. فإن استمرار المريض بعد الوقت المناسب لصرفه يؤدى إلى فقدان قدر كبير من الوقت ، ويعطل فرص العلاج أمام العملاء المنتظرين .

الانتكـــاس (١)

لم يجر بحث على نطاق واسع حول احتمالات الانتكاس بعد العلاج السلوكى ، وقدم عدد قليل من الدراسات فحوصًا تتبعية لفترة ، تصل لستة شهور أو أكثر بعد صرف المريض (Jansson et al., 1984) ويورد مانبى وجونستون (1980) Munby and Johnston فى دراسة متميزة بيانات تم جمعها على امتداد اربع سنوات بعد علاج سلوكى لمرضى خواف الأماكن المفتوحة ، وحيث تعرض عدد منهم لانتكاسة وقتية حادة .

ويتعين مناقشة احتمالات الانتكاس مع العميل قبل صرفه ، ويجب ان تتضمن المناقشة تحديد المواقف التى تنطوى على مخاطر كبيرة ومصادر توتر فى حياة العميل اليومية ، والتى يمكن أن تسهم فى إحداث انتكاسة . ويجب وضع نظام لزيارات متابعة للمعالج مرة كل شهر أو كل ستة أسابيع مثلا للتذكير بالاستراتيجية العلاجية ، ولتشجيع المريض على السلوك الاستقلالى فى تناولة لأموره .

المهارات الأكلينيكية فى العلاجات النفسية

ظل السعى الحثيث مستمرًا لسنوات طويلة بحثًا عن كل من المهارات ، التى يتعين توافرها فى الأخصـائى الأكلينيكى الجيد من ناحية والمكونات الأساسية ، التى يجب أن تتوافر فى العلاجات النفسية من ناحية أخرى (انظر على سبيل المثال Goldstein et al., 1966; Garfield and Bergin, 1986) وقد حصل هذا المســعى البحثى على دفعات حديثة ، من خلال نتائج مشابهة فى مجال العلاج المعرفى والعلاج التفاعلى (٢) والعلاج الدوائى للأكتئاب فى دراسة المعهد القومى للصحة العقلية (٣) فى أمـريكا (انظر : Imber et al., 1990 على سبيل المثال) وعلى الرغم من التوصل إلى أن تغيرا نحو الأفضل قد حدث فى التفكير السلبى تاليًا للشفاء يرد إلى تأثير العلاج (De Rubeis et al., 1990) .. إلا أن دراسة المعهد القومى للصحة العقلية بينت أن الأداء المعرفى حدث له القدر نفسه من التحسن ؛ نتيجة للعلاج المعرفى والدوائى (Imber et al., 1990) ، وتشير هذه النتائج إلى أن جوانب العلاج التفاعلى تحسن العلاج المعرفى (Safran, 1990) . وتتوفر من تطبيقات العلاجات المعرفية دلائل متضاربة حول تأثير

(1) Relapse
(2) Interpersonal Therapy
(3) National Institute of Mental Helth (NIMH)

العلاقة الجيدة بين المعالج والعميل فى النتائج . وقد وجد هوجدوين وزملاؤه Hoogduin et al. (1989) على سبيل المثال تأثيراً دالاً لنوع العلاقة العلاجية على العلاج السلوكى لمشكلات الوسواس القهرى . ويذكر ماركس Marks (1991) من ناحية أخرى أنه من غير الضرورى أن يرافق المعالج العميل أثناء العلاج ، ويتفق ذلك جزئيا مع استخدام دليل المساعدة الذاتية (١) ، والذى يوفر مساعدة أقل كلفة من العلاج ، الذى يتطلب الرعاية المباشرة من المعالج وهو الأمر الذى يتعين وضعه فى الاعتبار.

ويقدم عديد من فصول هذا الكتاب مثل هذه التوصيات (انظر للمراجعة Gould and Clum, 1993) .

وعلى الرغم من ذلك ففى حالة العلاج الذى يتطلب من المعالج انتباهاً مباشراً ومستمراً لا يوجد الكثير من الاتفاق بين المسوح ، التى سعت إلى تعريف الخصائص الجوهرية للعلاج النفسى والمعالجين . (مثال ذلك Orlinsky and Howard, 1986, Beutler et al., 1986) ورغم ذلك فإن بعض الموضوعات المقترحة فى مثل هذه البحوث تستحق الاهتمام . وعلى المعالج أن يتقيد بتعاقد يتم بينه وبين العميل ، كما أن التعاطف المحسوس بين المعالج والعميل يجعل كل منهما يدرك الآخر ويقدر مشاعره خلال الاستشارات . ويتعين إرساء تأكيد متبادل لذات كل منهما ؛ أى علاقة مساندة دافئة بين المعالج والعميل . وتعبيران مثل «نوعية الصلة العلاجية» و«الادراك العلاجي» (الكفاءة العلاجية ؟) لا يدعوان للدهشة ؛ إذ يقال إن كليهما مهم على وجه الخصوص (Orlinsky and Howard, 1986)

ويبدو، لسوء الحظ ، أنه بقدر سعة وشمول مثل هذه المراجعات للعلاجات النفسية شديدة التباين، بقدر عدم دقة تعريفات هذه المهارات والعمليات ، وهناك معتقدات قوية شائعة على نطاق واسع حول ما يشكل المهارات المرغوبة فى الأخصائيين الأكلينيكيين . مثال ذلك أن فوردهام وزملاءه Fordham et al. (1990) يصفون الخصائص ، التى تعتقد عينة من المشرفين الملتحقين ببرنامجين تدريبيين أن المتدربين الجيدين يجب أن يتحلوا بها . وتتوزع هذه الخصائص فى بعدين: المهارات التفاعلية والقدرات التنظيمية . وبالنسبة للفئة الأولى يتعين أن يكون المتدرب الجيد ودوداً ، ولديه مظهر خارجى جيد ، ومهتماً بنظافته الشخصية ، وبالنسبة للبعد الثانى يتعين عليه أن يحترم التوقيتات وأن يقوم بصياغة الخطط .. إلخ، ومن غير الواضح إذا ما كانت هذه الصفات ذات علاقة بكفاءة المتدربين فى العلاج أم لا .

وبينما لا تعد هذه الخصائص غير معتادة .. إلا أنها محبطة للمؤلفين الحاليين ، حيث إن متغيرات مثل القدرة على الأبتكار والذكاء لم يظهر أنهما وضعا فى الحسبان . وعلى أى الأحوال يتضح أن الصفات التى يتم قياسها لدى المتدربين فى علم النفس الأكلينيكى فى الدورات ، التى تعقد فى المملكة المتحدة تتباين بقدر كبير (اتصال شخصى بـ P. desilva) .

وينحو المؤلفان ، والمساهمون فى هذا الكتاب خطا يميل إلى التفاؤل بقدر ما . فهذا الكتاب يصف المهارات والمعلومات ، التى يمكن استخدامها للحصول على آثار طيبة لتحسين صحة العملاء المتعبين وأصحاب المتاعب القليلة .

(1) Self-help manuals .

ملاحظات أخيرة

هناك نقطتان يتعين الإشارة اليهما ، **النقطة الاولى** : هى أنه من غير الممكن تغطية كل القضايا العامة ، التى يمكن أن تواجه الأخصائيين الأكلينيكيين فى فصل واحد. مثال ذلك كيف يتعامل الأخصائى الأكلينيكى مع عدم تقبل قوى نحو عميل ، أو مع التنافس المكثف بين النظم العلمية المتعددة ؟ ومن المؤكد أيضًا أن هناك بعض المشكلات التى تظهر فى العلاج وتكون فريدة من نوعها . فأحدنا كان يعالج عميلاً، وإذ به يكتشف فى منتصف مرحلة العلاج أن هذا العميل من أقرباءه ، وهى حقيقة تؤدى بشكل ما إلى تشويه العلاقة العلاجية .

ويتعين مناقشة القضايا المشابهة بصراحة مع الزملاء بأمل الحصول على العون منهم ، اما تجاهلها فلن يكون مفيداً ، سواء للعميل أو المعالج أو للخدمة العلاجية .

النقطة الثانية : ما الذى يجب عمله فى حالة الفشل ، الذى يظهر أحيانًا فى كل حالات التدخل ؟ (Foa and Emmelkam, 1983) . من الممكن فى هذه الحالة أن تحيل العميل إلى زميل ، يمكن أن يقدم تدخلاً واعداً بقدر أكبر. وقد يكون من الممكن صرف العميل دون أن تسبب له الكثير من الكدر ، وقد تقدم للعميل بعض الإرشادات التدعيمية لفترة محدودة . وبالنسبة لهذا النوع من المساعدة .. قد تكون هناك مؤسسات أخرى ، أو مجموعات محلية للمساندة الذاتية ، أو هيئات محلية للخدمات الإرشادية ، ويمكن نصح العميل بالإفادة من واحدة منها ، أو بجهة تقدم خدمات طوارئ . وفى كل الحالات ، على الأخصائى الأكلينيكى أن يكون واعياً بما عليه من مسئوليات تجاه العملاء الآخرين . وإن المساندة الأقل تخصصا قد تكون متوفرة للعميل الحالى فى أماكن أخرى . ويتعين تذكر أن وكالات الإحالة ، مثل الطبيب الخاص للعميل يحتمل أن يظل مسئولا عنه ، وأن ذلك يتطلب إحاطته بدقة بنتائج الإحالة .

ويحدونا الأمل هنا أن تشجع مثل هذه الخبرات الأخصائيين الأكلينيكيين على اكتشاف طرق أكثر فعالية – من خلال البحوث المضبوطة – لمساعدة عملائهم (أنظر الفصل ٣٧ Morley) .

References

Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Alberts, G. and Edelstein, B. (1990) 'Therapist training: a critical review of skill training studies', *Clinical Psychology Review* 10: 497–512.

Bandura, A. (1977) 'Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review* 84: 191–215.

Becker, M. H. (1974) 'The Health Belief Model and personal health behaviour', *Health Education Monograph* 2: 238–335.

Bentler, P. M. and Speckart, G. (1979) 'Models of attitude-behaviour relations', *Psychological Review* 86: 452–64.

Beutler, L. E., Crago, M. and Arizmendi, T. G. (1986) 'Therapist variables in psychotherapy process and outcome', in S. Garfield and A. Bergin (eds) *A Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn*, New York: Wiley.

Billingsley, F., White, O. R. and Munson, R. (1980) 'Procedural reliability: a rationale and example', *Behavioural Assessment* 2: 229–41.

Brewin, C. R. (1988) *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*, London: Erlbaum.

de Silva, P. and Rachman, J. (1981) 'Is exposure a necessary condition for fear-reduction?' *Behavioural Research and Therapy* 19: 227–32.

DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M. and Tuason, V. B. (1990) 'How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 862–69.

Ellis, A. and Grieger, G. (1977) *Handbook of Rational Emotive Therapy*, New York: Springer.

Foa, E. B. and Goldstein, A. (1978) 'Continuous exposure and strict response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behavior Therapy* 17: 169–76.

Foa, E. B. and Emmelkamp, P. M. G. (eds) (1983) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Fordham, A. S., May, B., Boyle, M., Bentall, R. P. and Slade, P. D. (1990) 'Good and bad clinicians: supervisors' judgements of trainees' competence', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 113–14.

Garfield, S. and Bergin, A. (eds) (1986) *A Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn*, New York: Wiley.

Gelder, M. (1981) 'Is exposure a necessary and sufficient condition for the treatment of agoraphobia?' in J. C. Boulougouris (ed.) *Learnng Theory Approaches to Psychiatry*, Chichester: Wiley.

Goldstein, A. P., Heller, L. B. and Sechrest, K. (1966) *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*, New York: Wiley.

Gottman, J. (1979) *Marital Interaction: Experimental Investigations*, London: Academic Press.

Gould, R. A. and Clum, G. A. (1993) 'A meta analysis of self-help treament approaches', *Clinical Psychology Review* 13: 169–86.

Hoelscher, T. J., Lichstein, K. L. and Rosenthal, T. L. (1984) 'Objective vs. subjective assessment of relaxation compliance among anxious individuals', *Behaviour Research Therapy* 22: 184–94.

Holtzworth-Munroe, A. and Jacobson, N. (1991) 'Behavioural Marital Therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook and Family Therapy Vol. 2*, New York: Brunner-Mazel.

Hoogduin, C. A. L., de Haan, E. and Schaap, C. (1989) 'The significance of the therapist–patient relationship in the treatment of obsessive-compulsive neurosis', *British Journal of Clinical Psychology* 28: 185–6.

Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T. and Leber, W. R. (1990) 'Mode-specific effects among three treatments for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 352–9.
Jacobson, N. and Margolis, G. (1979) *Marital Therapy: Strategies based on Social Learning and Behaviour Exchange Principles*, New York: Brunner-Mazel.
Jansson, L., Jerremalm, A. and Ost, L. G. (1984) 'Maintenance procedures in the behavioural treatment of agoraphobia: a program and some data', *Behavioural Psychotherapy* 12: 109–16.
Kazdin, A. E. (1982) 'The token economy: a decade later', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 15: 431–45.
King, J. (1983) 'Health beliefs in the consultation', in D. Pendleton and J. Hasler (eds) *Doctor–Patient Communication*, London: Academic Press.
Ley, P. (1983) 'Patients' understanding and recall in clinical communication failure', in D. Pendleton and J. Hasler (eds) *Doctor–Patient Communication*, London: Academic Press.
Marks, I. (1991) 'Self-administered behavioural treatment', *Behavioural Psychotherapy* 19: 42–6.
Munby, M. and Johnston, D. W. (1980) 'Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment', *British Journal of Psychiatry* 137: 418–27.
Orlinsky, D. E. and Howard, K. I. (1986) 'Process and outcome in psychotherapy', in S. Garfield and A. Bergin (eds) *A Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn*, New York: Wiley.
Pendleton, D. (1983) 'Doctor–patient communication: a review', in D. Pendleton and J. Hasler (eds) *Doctor–Patient Communication*, London: Academic Press.
Powell, G. E. (1984) 'Psychological assessment and treatment strategies in the rehabilitation of brain-damaged patients', in S. Rachman (ed.) *Contributions of Medical Psychology Vol. III*, Oxford: Pergamon.
Safran, J. D. (1990) 'Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II practice', *Clinical Psychology Review* 10: 107–12.
Schumann, H. (1987) 'The use of leaflets to prepare patients for psychological treatment', unpublished M. Sc. thesis, Institute of Psychiatry, University of London.
Spence, S. H. (1989) 'Cognitive-behaviour therapy in the management of chronic, occupational pain of the upper limbs', *Behaviour Research and Therapy* 27: 435–46.
Watts, F. N. and Bennett, D. H. (eds) (1983) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.
Wilson, B. A. (1987) *Rehabilitation of Memory*, New York: Guilford Press.

الفصل الثالث

فحص الوساوس والأفعال القهرية

Obessions and Compulsions Investigation

P. de Silva ب . دى سيلڤا

الفصل الثالث
فحص الوساوس والأفعال القهرية
ب . دى سيلفا P. de Silva

مقدمة :

تندرج الوساوس والأفعال القهرية فى التصنيفات السيكاترية تحت المصطلح التقليدى «عصاب الوسواس القهرى » . وعصاب أو اضطراب الوسواس القهرى هو أحد اضطرابات القلق المتعددة ، وتبين الدراسات الوبائية الحديثة أن هذا الاضطراب شائع على نطاق أوسع كثيرًا مما كان يعتقد، وهناك تقارير تشير إلى أن انتشاره على امتداد العمر يصل إلى ٣ بالمائة لدى مجموع السكان (Karno et al ., 1988 ; Robins et al., 1984) وظاهرة الوسواس القهرى شديدة الوضوح للدرجة التى يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد (انظر : de silva , 1992 ; de silva and Rachman , 1992 ; Emmelkamp , 1982 ; Rachman and Hodgson , 1980) وقبل فحص تعريفات الوساوس والأفعال القهرية ، كما تظهر لدى المرضى الذين يوصفون بأنهم عصابيون وسواسيون يتعين التوقف عند نقطة خاصة بالشخصية الوسواسية . فسمات مثل الإفراط فى النظافة ، والتدقيق فى التفاصيل التافهة ، والإتقان ، والحاجة الشديدة للنظام ، والتصلب وعدم الحسم والتى يطلق عليها دون تمعن اسم وسواسية ، توجد فى الواقع لدى اشخاص أسوياء ، وعندما تظهر هذه الملامح فى شكل تجمع لدى شخص ما يستخدم فى وصفه تعبير الشخصية الوسواسية ، وهذه الخصائص لدى الشخصية الوسواسية ليست بالضرورة عصابًا للوسواس القهرى ، كما أن المرضى الوسواسيين القهريين ليسوا بالضرورة شخصيات وسواسية مبكرة من هذا النوع . هذا على الرغم من وجود بعض التداخل بين الفئتين . (Pollack , 1979 ; Rachman and Hodgson , 1980) .

تحديد ملامح اضطراب الوسواس القهرى :

يصف الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM- III - R) الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية فى طبعته الثالثة المنقحة (١٩٨٧) اضطراب الوسواس القهرى ، من خلال تضمنه للخصائص الآتية :

١ - الخصائص الجوهرية فيه هى التواتر المستمر للوساوس والأفعال القهرية ولتشخيصيه يجب أن يكون لدى الشخص إما وساوس أو أفعال قهرية .

٢ - أن تكون هناك وساوس متكررة بشكل مستمر وأفكار ، لايمكن مقاومتها وصور ذهنية ودفعات تقتحم الشعور ، وهى حالات تشير الخبرة أنها ليست وليدة الإرادة ، كما أنها تبدو بغيضة وغير معقولة وتجرى محاولات لتجاهلها أو كبتها .

٣ - تبدو الأفعال القهرية متكررة وفى شكل سلوك هادف وتمارس ، وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وهى تظهر وتمارس بإحساس بقهر الذات وبرغبة فى المقاومة ، وهذا السلوك غير

مقصود فى حد ذاته ولكنه يهدف إنتاج بعض الأحداث والمواقف أو منع حدوثها . وعلى أى الأحوال فإن هذا النشاط لا يرتبط بطريقة واقعية بما يهدف تحقيقه أو منعه أو بأنه مفرط بشكل واضح . وعموماً فإن الشخص يلاحظ عدم عقلانية هذا السلوك ، ولا يشعر بمتعة فى ممارسته ، على الرغم من أنه يؤدى إلى خفض التوتر .

٤ - تسبب الوساوس والأفعال القهرية عجزا فى أداء الشخص ، كما تؤدى إلى ابتئاسه ، أو إلى أحد هذين الأمرين .

٥ - لا ترد الوساوس والأفعال القهرية لأى اضطرابات آخرى مثل الفصام أو زملة العطب العضوى أو الأضطرابات الوجدانية الكبرى ، وهناك موافقة عامة بين أغلب الممارسين على هذه الملامح الواردة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث

(مثال ذلك : Emmelkamp et al. , 1992)

الوساوس

الوساوس أفكار مقتحمة وغير مرغوبة ، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها ، وهى عموماً مقاومة، وتتصف أيضاً بكونها داخلية المنشأ (Rachman and Hodgson , 1980) وفيما يلى بعض الأمثلة الاكلينيكية لها :

١ - امرأة شابة لديها فكرة متكررة الاقتحام حول أن زوجها سيموت فى حادث سيارة ، كما أن لديها صورة ذهنية شديدة الوضوح مصاحبة لهذه الفكرة .

٢ - رجل لديه شك مقتحم ومتكرر ، وهو أنه سيصرع رجلاً ما أثناء عبوره الطريق .

٣ - امرأة شابة متزوجة لديها شعور قهرى مقتحم ومتكرر لكى تشنق الأطفال والحيوانات ، ويتلو ذلك فكرة أو شك فى أنها ربما فعلت ذلك من قبل بالفعل .

٤ - رجل لديه شعور قهرى مقتحم لكى يجهر علانية وبصوت مرتفع بأقوال بذيئة وسط الناس ، أو أثناء المناسبات الدينية .

٥ - شاب لديه صورة ذهنية مقتحمة ومتكررة أنه سيهاجم والديه العجوزين بعنف ويضربهما بفأس ، وتتضمن هذه الخبرة صوراً ذهنية لضحايا ، ودم يسيل ، وإصابات وجروح تنتج .

وعادة ما يرتبط مضمون الوساوس بالتلوث والعنف والعدوان والأذى والمرض والنظام والجنس والعقيدة وبالشك الشامل ، وعلى الرغم من هذا فإن الوساوس المرتبطة بأشياء غير معتادة وتبدو تافهة تظهر أيضاً (Akhtar et al, 1975 ; Khanna and Channabasavanna , 1988 ; Rachman and Hodgson , 1980; Rasmussen and Tsuang, 1986) ومما يستحق الذكر أيضاً أن أغلب الأشخاص الأسوياء لديهم مثل هذه الأفكار غير المرغوبة والوساوس المقتحمة ، إلا أنها أقل كثافة وأقل تكرارا ، كما أنها لا تتسبب فى إعاقتهم أو تؤدى لقنوطهم (Rachman and de silva, 1978 ; Salkovskis and. Harrison , 1984)

الافعال القهرية :

تتسم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو فى صورة سلوك غرضى وهى تمارس ، أو تصاحب

بإحساس ذاتى بالقهر ، ويقاومها الشخص عموما ، وهى تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها ، فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص .

ويعد السلوك الطقسى من الأفعال القهرية والشائعة ، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة ، وتتضمن أنماط السلوك القهرى الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب ، واحياناً ما يتضمن ذلك عددا معينا ، وفى هذه الحالة يمارس السلوك بهذا العدد المعين من المرات . ويمكن تقديم بعض الأمثلة الأكلينيكية التالية :

١ - امرأة شابة تشعر أنها اتسخت فى كل مره تلمس فيها مقبض باب ، أو نقود ... إلخ ، وتقوم بغسل يديها جيدا مرات متكررة وفق طقوس تفصيلية .

٢ - شاب يقوم بالمراجعة والتأكد مما إذا كان قد أوصد الأبواب والنوافذ والدواليب والأدراج وغيرها ، فى كل مرة يغادر فيها حجرته أو منزله ، وهو يقوم بذلك سبع مرات .

٣ - رجل يقوم بفتح الخطابات التى كتبها وأغلق مظاريفها ليتأكد أنه كتب الأشياء الصحيحة ، لذا فهو يعيد تمزيق المظروف أو فتحه وإعادة قراءة الخطاب ثم وضعه فى مظروف جديد ، وهو يقوم بذلك عدة مرات ، قبل أن يرسل الخطاب الواحد .

٤ - رجل لديه سلوك قهرى يجعله يعيد لمس أى شىء لمسه بيده اليمنى بيده اليسرى والعكس بالعكس .

٥ - امرأة فى الأربعينيّات من عمرها تشكو من أنها فى كل مرة تدخل فيها أى حجرة ، تقوم بلمس أركان الحجرة الأربعة بادئة من اليسار إلى اليمين .

السلوك القهرى : المكشوف والمضمر

كانت كل الأمثلة السابقة خاصة بالسلوك القهرى المكشوف ، اى ذلك الذى يكون ملحوظاً من الآخرين ، ويتضمن جميعها أداءاً حركيًا ، والواقع أن هناك إفتراض عامًا أن السلوك القهرى مكشوف وحركى ، بينما الوساوس مضمرة ومعرفية ، وتشجع الأوصاف والتصنيفات التقليدية هذه الطريقة فى تعريف الوساوس والسلوك القهرى . وعلى أى الأحوال .. فمن الواضح أن هذا المنظور غير صحيح (de silva and Rachman , 1992 ; Foa and Tillmanns,1980; Kozak et al ., 1988 a) فالأفعال القهرية قد تأخذ بالمثل شكل السلوك المضمر ، ونضع فى اعتبارنا هذ الأمثلة : أمرأة فى منتصف العمر كانت مبتئسة للغاية من كلمات بذيئة مقتحمة ، ترد بشكل متكرر إلى شعورها ، وهى تأتيها فى شكل صور ذهنية بصرية وينتج عن ذلك قيامها بممارسة طقوس مضمرة بأن تقول فى سرها الكلمات نفسها ولكنها تقوم بتغييرها إلى أخرى مقبولة (تقول مثلاً : حسناً إلى الجحيم) أربع مرات متتابعة . والكثير من مرضى الوساوس القهرية ، لديهم قهر ذى طبيعة معرفية ومضمر مشابه للمثال السابق وليس حركياً أو مكشوفاً ؛ لهذا السبب يبدو من المفيد الابتعاد عن التمييز القائم على نوع الوسائط بين الوسواس والأفعال القهرية والتوجه إلى منحى وظيفى غير محدد ، تكون فيه الأفعال القهرية نشاطاً ينتج عن الإلحاح القهرى ، ويخدم الوظيفة النفسية ذاتها سواء أكان مكشوفاً أم مضمراً ، أى وظيفة خفض التوتر أو عدم الراحة لدى الشخص ، وعدم الراحة هذه تكون عادة ، وليس دائمًا ، نتيجة لوسواس سابق ، وبالتالى فإن شخصاً يعانى من خبره سيطرة فكره مثل « هل سبق أن قتلت قطة ؟ » (وسواس) ، ثم

يقوم بالنظر إلى يديه عشرة مرات ليرى إذا ما كانت ملطخة بالدماء (سلوك قهرى) بهدف التخلص من الشعور بعدم الراحة ، ويمكن مقارنة ذلك بشكل مباشر بحالة شخص تقتحم شعوره فكره ، « إن الله شرير » (وسواس) يعقبها أن يقوم فى صمت بتلاوة صلاة (سلوك قهرى) ليتخلص من الشعور بعدم الراحة ، وعلى أى الأحوال يتعين أن نذكر أن هذا التصنيف المقترح لا يمتد بمفهوم الوساوس ليتضمن شيئاً آخر غير الأحداث المعرفية . وقد اقترحت فوا وزملاؤها Foa أن تُعّرف الوساوس بحيث تضمن الأفكار والصور الذهنية والأفعال ، التى تستثير القلق أو الشعور بعدم الراحة , Foa and Tillmanns) (417 : 1980 . وعلى الرغم من أن مثل هذا الاقتراح يؤدى إلى إقامة علاقة تماثل بين الوساوس والأفعال القهرية .. إلا أن إدماج الافعال القهرية مع الوساوس غير مبرر ؛ ذلك أن الوساوس أحداث معرفية .

العلاقة بين الوساوس والأفعال القهرية :

يتعين عدم أفتراض أن كل وسواس يؤدى إلى فعل قهرى ، أو أن كل فعل قهرى مسبوق بوسواس واضح ومميز . ولكى نقوم بفحص العلاقة بين هاتين المجموعتين من الظواهر ، سيكون من المفيد أن نضع فى اعتبارنا الوقائع ، التى توجد فى سياق خبرة وسواسية - قهرية والعلاقة بينهما .

ويحاول جدول (١ - ٣) : تقديم مثل هذا السياق .

جدول ١ : ٣ السياقات الممكنة للأحداث في خبرة وسواسية - قهرية .

(أ) القدح أو الإثارة	(ب) وسواس	(جـ) الإحساس بعدم الراحة	(د) إلحاح قهرى	(هـ) سلوك قهرى	(و) خفض الإحساس بعدم الراحة
خارجي /	أفكار /	+	+	مكشوف	+
داخلى /	شكوك /		-	مقنع	؟
لا يوجد	صور ذهنية /			لا يوجد	
	دفعة قهرية /				
	لا يوجد				

+ = نعم

- = لا

وعلى هذا فإن .. وسواسًا يمكن أن يظهر مع منبه أو دون ، يمكن ان يكون أيضاً خارجياً (مثال ذلك رؤية سكين : شك « ترى هل قتلت أحدا ؟ ») أو داخلياً (مثال ذلك تذكر لقاء بشخص ما : الفكرة «هل أنا اطول منه أم لا ؟ ») وقد يأخذ الوسواس شكل الفكرة أو الصورة الذهنية أو الشعور القهرى أو مزيج منهما ، ويؤدى الوسواس عادة إلى عدم الراحة والقلق والقنوط ، وقد يؤدى ذلك إلى إلحاح للانشغال فى سلوك قهرى معين أو طقوس قهرية ، وقد يكون هذا السلوك إما مكشوفًا (مثل الاغتسال) أو مضمراً (مثل القيام بعملية عد عكسية فى صمت). ويؤدى القيام بمثل هذا السلوك القهرى بشكل طبيعى إلى خفض الشعور بعدم الراحة ،على الرغم من إمكان وجود بعض الاستثناءات لذلك (انظر Beech , 1971).

وقد يظهر السلوك القهرى أحياناً دون أن يكون مسبوقاً بوسواس ، مثال ذلك حالة رجل يتصادف أن تلمس يده جدار دورة مياه عامة فيندفع على الفور فى طقوس اغتسال ، ويمكن الزعم بالطبع أن لمس الحائط فى هذه الحالة أدى إلى إثارة الوسواس (لقد تلوثت ، أشعر أننى قذر) وهو ما يكون مسئولاً بشكل مباشر عن السلوك القهرى ، غير أنه من المشكوك فيه أن يكون أفتراض مثل هذه الخطوة مفيداً على أى وجه . فوفق كل الأغراض والأهداف قد تؤدى الاثارة دون وجود وسواس جيد التكوين والتميز الى شعور بعدم الراحة ، وبالتالى لإلحاح بالأنخراط فى السلوك الطقسى . وهذا ما يحدث على وجه الخصوص فى حالة السلوك القهرى المستمر ، الذى يكتسب على مدى السنوات صورة السجايا التى تشابه العادات .

وعلى هذا .. فإن الوساوس والأفعال القهرية قد يوجد أى منها فى غيبة الآخر ، على الرغم من أنهما يظهران عادة فى الممارسة معاً ، ويلتقى المرء كثيراً خلال الممارسة الأكلينيكية بمرضى ، يوصفون بأن لديهم وساوس فقط (أفكار و آراء وسواسية) ، ويؤدى التكرار المرتفع لمثل هذه الأوصاف لمحاولة المرء افتراض أن الوساوس دون أفعال قهرية متواترة للغاية ، وعلى أى الأحوال فالكثير من المرضى الذين يوصفون على هذا النحو ، لديهم فى الحقيقة أفعال قهرية مضمرة ، تتطلب الفحص الدقيق للكشف عن تفاصيلها .

بعض الملامح الرئيسية الأخرى

التجـنب

هناك ملمح آخر مهم فى اضطراب الوسواس القهرى لا يظهر فى السياق المقترح (جدول ١ – ٣) هو سلوك التجنب ، وهو يحتاج لأن يناقش هنا . وهناك الكثير من مرضى الوسواس القهرى غالبا ما يأخذ سلوك التجنب لديهم – فى بعض الحالات – شكل التجنب المعروف فى حالات المخاوف (مثال ذلك : Rachman and Hodgson , 1980 : 94) . وكما يتعلق سلوك التجنب بالمنبهات ، يتعلق أيضاً بالسلوك الذى يتضمن إمكانة إطلاق الوساوس أو الأفعال القهرية وعلى سبيل المثال يناضل المرضى من أصحاب مشكلات التلوث / الاغتسال والتنظيف ؛ لتجنب ما يعتقدون أنه شيء قذر أو يحدث تلوثاً ، كما يناضل المرضى الذين يعانون من طقوس المراجعة والتأكد ؛ لتجنب المواقف التى تؤدى للمراجعة .

١ – مثال ذلك حالة امرأة شابة لديها خوف من التلوث من البراز والأشياء الأخرى القذرة ، الأمر الذى ترتب عليه انخراطها فى طقوس نظافة مسرفة ، كما بدأت أيضاً فى تجنب الأشياء والأماكن التى يحتمل أن تكون ملوثة مثل دورات المياة العامة ، والبالوعات وأغطية البالوعات ؛ ولأنه يصعب تجنب اغطية البالوعات فى الطرق ، أصبحت غير قادرة على الخروج للتمشية فى الطريق .

٢ – امرأة متزوجة تعانى من فكرة وسواسية أن لديها سرطانًا وبعد انقضاء أعوام من الفحوص لاكتشاف أعراض السرطان ، بدأت فى تجنب أى موقف تخشى أن تكتشف خلاله دلائل على وجود السرطان ، وبالتالى أصبحت غير قادرة على ترتيب سريرها فى الصباح ، وغير قادرة على النظر إلى ملابسها الداخلية المستخدمة خوفًا من أن تجد بقع من الدم تمثل بالنسبة لها علامة على المرض ، وأوقفت تمامًا الاستحمام بطريقة مناسبة نتيجة لخوفها من اكتشاف أورام وأشياء مشابهة فى جسدها .

ومثل هذا التجنب الشامل ليس من الأمور غير المعتادة لدى مرضى الوساوس ، ويمكن أن يشكل جزءاً من صورتهم الأكلينيكية .

الخوف من الكوارث

يذكر هؤلاء المرضى كثيراً الخوف من الكوارث المترتبة على إهمالهم للسلوك القهرى ، والسبب الذى يبررون به قيامهم بهذا السلوك القهرى ، هو أنهم يتفادون به بعض المخاطر ، وهى مخاطر عادة ما تخص المريض أو المريضة نفسها ، أو واحداً ممن يحبونه . وفى بعض الحالات تكون الكارثة التى يخشونها والفعل الذى يرمون لتفاديها به لصيقين ، مثال ذلك العدوى من الجراثيم وغسل الأيدى ، غير أن مثل هذا الربط لا يمثل قاعدة عامة .

مثال ذلك حالة امرأة متزوجة تغسل يديها بطريقة قهرية فى كل مرة ، تسمع فيها أو تقرأ عن وقوع حوادث ، وهى تشعر أنها تحمى زوجها الذى يعمل مندوب مبيعات متجول من التعرض لحادث يودى به ، بواسطة غسل يديها .

المقاومـــة

تقليديًا ، أعتبرت مقاومة الوساوس والأفعال القهرية خاصية محورية فى عصاب الوسواس القهرى ، فعلى سبيل المثال اعتبرها لويس Lewis (1936) الخاصية الرئيسية ، وعلى أى الأحوال .. فإن البحوث الامبريقية الاحدث ترى أن هذا الأمر غير صحيح على إطلاقه (مثال ذلك : Stern and Cobb, 1978) ، فبينما يقاوم الشخص فى الغالب الوساوس والأفعال القهرية ، لا توجد مقاومة قوية لدى بعض المرضى ، ويبدو الأمر كما لو أن المرضى قد استسلموا تماماً ، وتوقفوا عن المقاومة بعد مقاومة الظاهرة غير المرغوبة فى المراحل الأولى من الاضطراب (Rachman and Hodgson , 1980; Rasmussen and Tsuang , 1996)

السعى للحصول على التأكيدات

يلجأ كثير من مرضى الوساوس القهرية للسعى الدائم ؛ للحصول على التأكيدات من أفراد الاسرة ، ودائماً ما تؤدى أفكار وسواسية ، مثل : « هل سأصبح مجنوناً ؟ » أو « هل أحتاج لمراجعة إغلاق الصنابير مرة أخرى ؟ » . إلى سعى المرضى لطلب التأكيدات ، وعندما يحصل المريض على التأكيدات التى يطلبها ، يشعر بالتحسن من حالة عدم الراحة ، على الرغم من أن هذا التحسن قصير الأمد ، ويتكرر طلب التأكيدات .

المقاطعـــة

عندما ينخرط مرضى الوسواس القهرى فى سلوكهم القهرى .. فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بالدرجة من الدقة ، التى يعتقدون انه يجب أن يؤدى بها ، وإذا حدث أن قوطع هذا السلوك بواسطة شيء أو فكرة أخرى غير مرغوبة مثلا ، فتعد الطقوس غير مكتملة ، وتتطلب فى هذه الحالة بدءها من جديد . ويصبح هذا الأمر مستهلكًا للوقت بشكل متطرف ، فى حالة الطقوس القهرية الطويلة والمعقدة (de silva and Rachman , 1992) .

تأمل الأفكار

يعد تأمل الأفكار بقدر ما ظاهرة معقدة ، توجد أحيانًا فى اضطراب الوسواس القهرى ؛ فالمريض يحاول التفكير من خلال سؤال يطرحه على نفسه ، أو من خلال التفكير فى موضوع مثل « هل

توجد حياة بعد الموت ؟ أو « هل أنا سوى من الناحية الوراثية » ؟ » وهذا النوع من التفكير غير حاسم ومتواصل ومحبط ، ويقوم به المريض قهريا ، ودائماً ما تستثار الأفعال القهرية نتيجة لظهور الأفكار الوسواسية المتعلقة بها .

الشكاوى الأكلينيكية العامة .

بينما تظهر فائدة التحليل السابق ، كما تظهر بالقطع أهميته الجوهرية للحصول على فهم مناسب للاضطراب وحدوده ، يبدو ضرورياً بالمثل النظر إلى الشكوى الأكلينيكية العامة لهؤلاء المرضى . وما يحدث عادة هو أن يأتى أحد الأفراد طالبا العون من معاناته من إعاقة ، تظهر من أحد الأعراض الرئيسية للاضطراب ، وهو العرض الذى يمثل المشكلة المهيمنة لدى هذا المريض . وبالتالى فبناء على الشكوى الأكلينيكية الأولية يتم تصنيف المرضى فى عدد قليل وملائم من الفئات المحددة ، وعلى أى الأحوال فمن الضرورى أن يوضع فى الاعتبار أن مثل هذا التصنيف مصطنع ، ويعتمد فقط على العَرض المسيطر فى المشكلة المقدمة ، ويتطلب الأمر تقييما كاملا لحالة الفرد ، قبل التوصل إلى وصف مناسب للمريض يسمح وحده ببدء العلاج .

الفئات الرئيسية للتصنيف .

فيما يلى مثال لهذا التصنيف الملائم ، الذى يعتمد على المشكلات المهيمنة :

١ – فئة من لديهم مشكلات من نوع الأفعال القهرية مثل الاغتسال / النظافة .

٢ – فئة أصحاب الأفعال القهرية التى تأخذ صورة المراجعة والتأكد .

٣ – فئة من لديهم أنواع أخرى من الأفعال القهرية المكشوفة .

٤ – فئة اولئك الذين لا تتضمن مشكلاتهم الوسواسية القهرية أفعالاً قهرية مكشوفة .

٥ – فئة أولئك الذين لديهم وساوس بطء أولى .

البطء الأولى

من الضرورى تقديم تفسير مختصر ، يوضح حالة المرضى الذين يوصفون بأنهم يعانون من وسواس بطء أولى، وقد وصف راخمان (Rachman, 1974 ; Rachman and Hodgson , 1980) عددا قليلاً من المرضى الوسواسيين الذين يتصفون بالبطء ، غير أن هذا البطء ما هو إلا عرض ثانوى فى سلوكهم القهرى ، أو فى وساوسهم المتكررة ، والتى تصبح مستهلكة للوقت ، أما هؤلاء المرضى فهم بطيئون بطئاً أولياً ، وبطؤهم ليس نتيجة ثانوية مترتبة على الصعوبات الأخرى لديهم ، فالمهام البسيطة فى الحياة اليومية تستهلك منهم قدراً كبيراً من الوقت ، وهم يؤدون الأعمال المختلفة بطريقة صحيحة وموسوسة ، كما أنهم شديدو الأهتمام بالطريقة التى يؤدون بها هذه الأعمال ، والمجال الرئيسى الذى يتأثر بهذا البطء هو مجال العناية بالذات ، ويعتقد راخمان (١٩٧٤) وراخمان وهودجسون (١٩٨٠) أنه من الأفيد لهؤلاء المرضى معاملتهم بوصفهم مجموعة فرعية منفصلة من مرضى الوساوس القهرية ، وهناك عدد كبير من تقارير الحالة تدعم دعواهما هذه .

المستبعدات

يبدو مبرراً هنا أن نقدم ملحوظة عن بعض المشكلات السلوكية الأخرى ، التى يطلق عليها اسم «قهرية » ، ولكنها لا تندرج تحت مفهوم الاضطراب موضوع اهتمامنا . ونقصد بها أشكال السلوك الإدمانى (مثل إدمان الكحول ، إدمان المقامرة) واضطرابات العادات (مثال ذلك : قضم الأظافر ، والشد القهرى للشعر) وعلى الرغم من الاستخدام غير المحددلتعبير « قهرى » ، إلاأن هذه النماذج عبارة عن مشكلات مختلفة عن الوساوس والأفعال القهرية ، كما عّرفت من قبل ، ولن يجرى تناولها هنا .

التقـــــييم

مقـــدمة

لا يختلف التقييم الأكلينيكى لاضطرابات الوسواس القهرى من حيث المبدأ عن تقييم سائر الاضطرابات الأخرى . والهدف منه هو الحصول على أكمل صورة ممكنة ، يمكن التوصل إليها للمشكلة، وذلك باستخدام اساليب متنوعة لجمع البيانات ، ومن الضرورى فحص كل من طبيعة الصعوبة ومداها وحدتها ودرجة الإعاقة التى سببتها ، والعوامل التى قد تكون متعلقة بتطورها الممكن . ويجب الحصول على بيانات كمية كلما كان ذلك متاحا ، ويتعين أن يكون المنحى التقيمى شاملا – وقد يكون من المفيد أن يتضمن تحليلاً سلوكياً كذلك الذى وصفاه – من بين كثيرين آخرين – كانفر وساسلو Kanfer and Saslow (1969) .

المقابلة الأكلينيكية

تعد المقابلة الأكلينيكية المصدر الرئيسى لبيانات التقييم ، وعادة ما يكون مرضى الوساوس القهرية متعاونين ، وهم يقدمون وصفًا جيداً للصعوبات كما يرونها ، إلا أن أحدى المشكلات هى أنهم على عكس الكثير من مجموعات المرضى الأخرى ، يتحدثون كثيراً جداً ويقدمون عديداً من التفاصيل ؛ لذا فإن القوة الدافعة الرئيسية فى المقابلة يمكن أن تتأثر ، وبالتالى تتعطل العملية بالكامل . ويستغرق بعضهم وقتا طويلاً لتقديم الإجابات نتيجة لشكوكهم حول ما يقولونه ، والبعض الآخر يراجع مع القائم بالمقابلة عدة مرات إجاباته السابقة ؛ ليتأكد أنها لم تتضمن تفاصيل خاطئة . وبالتالى يصبح من المهم بالنسبة للفاحص أن يحافظ على قدرته على التحكم فى سير المقابلة . وأن يتبع أسلوباً مرناً ، ولكنه واضح فى الوقت نفسه .

مجالات الفحص أثناء المقابلة

يتعين أن تهدف المقابلة للحصول على معلومات عن ماهية المشكلات الرئيسية ، متى وأين تظهر؟ ، كيف تؤثر فى حياة المريض وعمله ؟، كيف تتأثر بها أسرة المريض ؟، كذلك تعرف تاريخ المريض . ويمكن أن يكون سياق الأحداث المقترح فى جدول (١ – ٣) أساسا مفيدا لعمل فحوص نوعية عن الظواهر ذاتها فى مجال كل واحدة من المشاكل على حدة ، وبالنسبة للسلوك القهرى يجب فحص الوقت الذى تستغرقه الطقوس ، وعدد المرات التى تتكرر بها ، ويجب بالمثل تقييم درجة الإعاقة فى مجالات الحياة المختلفة ، مثل: العمل ، ووقت الفراغ ، والأسرة ، والسلوك الجنسى ، كما يُعد دور القلق / عدم الراحة جانبا مهما يؤثر فى العلاج . ما الذى يؤدى إلى عدم القلق / وعدم الراحة ؟ ما النشاط القهرى – إذا وجد هذا النشاط – الذى يخفض من القلق وعدم الراحة ، هل يعتقد المريض أنه دون القيام بالسلوك

القهرى ستحدث بعض المترتبات غير السارة ؟ وتشير نتائج فوا (1979) Foa إلى الحاجة لفحص قوة وساوس المريض أو المعتقدات الوسواسية المرتبطة ، وما إذا كانت هناك أساليب أخرى يستطيع المريض أن يخفض بها القلق ، كأن يطلب تأكيدات من أفراد الأسرة ، أو أن يجد شخصاً آخراً يقوم ببعض المراجعات بدلا منه ، كما توجد حاجة لفحص كامل لطبيعة التجنب ومداه بالقدر نفسه ، الذى توجد به حاجة لفحص وجود أو غياب مثيرات محددة ، كما يتعين القيام بقياس الحالة المزاجية باستخدام مقياس بسيط للاكتئاب (انظر الفصل الخامس) ، كما يتعين كذلك فحص تأثيرات الحالة المزاجية على الوساوس/ الأفعال القهرية أو العكس (انظر ص ٧٢ – ٧٣) . ويجب الكشف بالتفصيل عن الصلة القائمة بين المنبهات والمواقف ، التى تسبب المشكلات أو التى تؤدى إلى التجنب ، ويتعين وضع قائمة بهذه المواقف ، تتدرج من حيث مقدار عدم الراحة التى تستثيرها كما يقدرها المريض لنفسه (انظر ص ٦٨) ويشبه ذلك إلى حد كبير تدرج المخاوف ، الذى يستخدم مع مرضى المخاوف فى التسكين المنظم (Wolpe , 1958 ; 1991) بمعنى أن تتضمن هذه القائمة المواقف المنفرة ذات الخصائص الأساسية ، التى تؤدى إلى إثارة عدم الراحة (مثال ذلك التلوث) . ويفضل هذا الأسلوب بصفة عامة عن وضع سلسلة دقيقة التدرج لأحداث مختلفة ، من حيث درجة صلتها بالمنبه الرئيسى المثير للمشكلة سواء فى المكان أو الزمان .

ودائماً ما يلاحظ فى موقف المقابلة الأكلينيكية التقييمية أن المريض لا ينظر الى المشكلة عن قرب؛ بمعنى النظر إلى البيانات ذات القيمة الأكلينيكية ، وبالتالى فهو لا يتطوع من تلقاء نفسه بإعطاء التفاصيل مالم يُسأل ، لذا فإن الأسئلة الدقيقة والحث يصبحان ضروريين ، وأحياناً ما يتعين سؤال المريض أن يسجل يومياته (انظر ص ٦٨ – ٦٩) لكى يتمكن من تقديم التفاصيل المطلوبة .

التمايز عن الاضطرابات الأخرى .

يفترض أن المرضى الذين يحولون إلى الأخصائى النفسى الأكلينيكى لتقييمهم سبق أن أُجرى لهم فحص سابق ، وعلى الرغم من ذلك ، فليس من غير المعتاد تماما أن يحول مرضى لديهم أعراض مشابهة للوساوس أو مشابه للأعراض القهرية ، تنتج عن أمراض أخرى ، وعلى أى الأحوال ، فالأمر يستحق أن نتذكر بعض الملامح المميزة لظواهر ، يبدو بوضوح أنها مشابهة فى حالات أخرى ، ووفقا لراخمان وهيدجسون Rachman and Hudgson (1980) يمكن تلخيصها فى الآتى :

١ – فى الفصام : تعزى الأفكار المقتحمة وغيرها لمصادر خارجية ، وهى ليست بالضرورة مجافية للأنا (1) ولا تعتبر غير محسوسة ، وعموماً لا تقاوم .

٢ – فى حالات العجز العضوى (2) تكون الأفكار المتكررة أو الأفعال التى تفتقد المضمون العقلانى والغرضية ذات خصائص ميكانيكية أو بدائية أو الخاصيتين معاً ، ويصعب تماما أن يشكل السلوك النمطى فى التخلف العقلى الحاد ، وكذلك الاستجابات التكرارية فى زملة جيل دى لا تورت (3) مشكلة فى التشخيص المقارن . وتتوفر مناقشة جيدة للتشخيص الفارق فى راسموسين وايزن Rasmussen and Eisen (1992) .

(1) Ego-dystonic
(2) Organic impairment
(3) Gilles de la tourtte
(4) Key Informants

الإخباريون الجوهريون

تساعد مقابلة شخصية جوهرية أو مهمة فى حياة المريض ، وعادة ما تكون أحد الوالدين أو الزوج على الحصول على تقييم مكمل ، ذى قيمة كبيرة للمشكلات القائمة ، مثل : الوقت المستهلك فى الطقوس ، وعدد المرات التى تتكرر فيها الطقوس يوميا ، والمواقف المعينة والمثيرات التى تستثير السلوك المشكل ، درجة أو مدى التجنب أو السعى للتأكيد لدى المريض ، ودرجة انشغال الاسرة بذلك ومدى تأثرها بمشكلات المريض الوسواسية القهرية ، ويمكن عادة توضيح كل ذلك بواسطة مثل هذا الإخبارى . وربما يمكن بالقدر نفسه من الأهمية توضيح دور الأسرة فى استمرار مشكلات المريض وتعزيزها ، والمثال الأكلينيكى التعليمى التالى وإن كان متطرفا إلا أنه يوضح هذه النقطة .

حولت مريضة فى السابعة عشر من عمرها بشكوى من مخاوف تلوث حادة وطقوس تنظيف واغتسال مرتبطة بمخاوفها ، وكان تركيزها الأساسى على صديق أختها الكبرى بأعتباره مصدر للتلوث ، وكانت تشعر بالحزن إذا حدث أن لمست أى شيء قام بلمسه ، حيث يترتب على ذلك انخراطها فى طقوس اغتسال مكثفة . ولم يكن الوالدين موافقين على صديق أختها هذا لعدة أسباب ، إلا أنهم لم يصرحوا بعدم موافقتهم هذه لابنتهم ، وذكروا أن فتياتهم كباراً بالدرجة التى تجعلهن يتخذن قراراتهن بأنفسهن ، وانهن أحرار فى إحضار أى شخص يرغبن فى إحضاره إلى البيت ، إلا أن عدم تحمل الأخت الصغرى لبقاء صديق أختها معهم في البيت ، خلال عطلات نهايات الأسبوع كان مبرراً كافيًا للوالدين لإبعاد هذا الشاب.

التقارير اليومية / اليوميات

هناك أسلوب شديد البساطة للتقييم ، هو أن نطلب من المريض كتابة يومياته عن الأحداث المعرفية والسلوكية ذات الصلة بحالته ، على أن يسجل تفاصيل على امتداد الزمن والمواقف وغيرها ، ولهذا الأسلوب قيمة كبيرة على وجه الخصوص كمصدر للمعلومات الاساسية . وهناك كثيرون من مرضى الوسواس القهرى يحتفظون بيوميات تفصيلية دقيقة ، عندما يطلب منهم ، ولتجنب الغرق فى مئات الصفحات قد يوفر الفاحص للمريض نموذجًا محدداً للكتابة فيه ، يتركز حول قليل من العناوين ذات العلاقة ويقدم جدول (٢ - ٣) مثال لصحيفة التسجيل اليومية ، وأى شكل مفيد لعدد تكرارات الاحداث يمكن أن يكون إضافة مفيدة .

جـــدول رقم ٢ – ٣
نمــوذج لصحــيفة التســجيل اليومــية

التاريخ : الهدف (١) :

الوقــت	التكرار (٢)	أعلي درجة من عدم الراحة (٣)	أعلى إلحاح قهرى (٤)	تفاصيل وتعليقات (٥)
قبل ٧ صباحا				
من ٧ – ١٠ صباحا				
من ١٠ – ١ بعد الظهر				
من ١ – ٤ مساء				
من ٤ – ٧ مساء				
من ٧ – ١٠ مساء				
بعد ١٠ مساء				

الاستخبارات والبطاريات ومقاييس التقدير

يتوفر العديد من الاستخبارات والبطاريات لتقدير هؤلاء المرضى ، وليس القصد منها أن تكون بديلاً عن التقييم الأكلينيكى ، فهى تكمل التقدير الاكلينيكى وتقدم أيضاً بيانات كمية .

بطارية ليتون للوسـواس

بطارية ليتون للوسواس (٦) (Cooper , 1970) واحدة من أقدم وأشهر الأدوات ، وهى مقننة على أسوياء ومرضى وسواسيين قهريين ، وهى تميز جيداً بين المجموعتين (Cooper and Kelleher , 1973 ; Murray et al ., 1979) وهى تتكون من تسعة وستين بنداً ، يتعلق أربعون منها بأعراض الوسواس القهرى ، والبقية بسمات الشخصية الوسواسية ، والأسئلة مطبوعة على بطاقات منفصلة ، وعلى المريض أن يضع كل بطاقة فى أحد صندوقى الإجابة « نعم » أو « لا » . والتساؤل حول بعض البطاقات مطلوب

(١) الوسواس أو السلوك القهري موضوع الملاحظة .

(٢) عدد مرات حدوثه في كل فترة زمنية .

(٣) ، (٤) بأستخدام مقياس تقدير من صفر – ١٠ لأعلي درجة من عدم الراحة ، خلال الفترة الزمنية ، وأعلى إلحاح قهرى .

(٥) تفاصيل حول ماحدث ، متي وأين ما الذي أثار الاحساس ، الفترة التي استغرقها ، عدد مرأت تكرار السلوك ... الخ لأعلى واقعة

(6) Leyton obesessional Inventory.

بهدف اشتقاق درجة المقاومة والتدخل . ويمكن الحصول من الاختبار على درجة كلية للعرض المرضى ودرجة للسمة ودرجة للمقاومة والتدخل ، وتقيس درجة المقاومة حدة الأعراض لا شمولها ، وتقيس درجة التدخل الإعاقة الناتجة عن الأعراض ، وعلى أى الأحوال فهذه الدرجات غير مستقلة عن درجة العرض .

وبطارية ليتون للوسواس ليست مقنعة للغاية للاستخدام الأكلينيكى الروتينى ؛ نتيجة لما تتطلبه من وقت طويل ، بالإضافة إلى أن تصنيف البنود فى فئتى السمة والأعراض يبدو تحكميا إلى حد ما . ويتوفر لهذه الأداة صورة من ورقة وقلم مختصرة (Allen and Tune , 1975 ; Snowdon , 1980)

قائمة الانشطة القهرية (1) :

تستخدم هذه الأداة لكل من التقدير الذاتى بواسطة المريض لنفسه وللتقدير الذاتى الذى يقوم به المعالج (Marks et al. , 1977) ، وهى تتضمن ثمانية وثلاثين نشاطا محددا (مثال ذلك : الاستحمام أو أخذ دش ، لمس مقابض الأبواب) ويقدر كل نشاط على متصل من أربع درجات للشدة من صفر (لا توجد مشكلة) إلى ٣ (غير قادر على إكمال النشاط أو محاولة القيام به) ويتم الحصول على درجة كلية ، من خلال جمع درجات الفرد على البنود ، والمهم فى الأمر هو تحديد الأنشطة التى تتسبب فى صعوبات حقيقية للمريض ، وقد صدرت حديثاً تقارير عن صورة مختصرة لهذا المقياس (Steketee and Freund , 1993).

بطارية المودزلى للوسواس القهرى (2) :

وهى بطارية سهلة وسريعة التطبيق وهى تتكون من ثلاثين بندا يجاب عن كل منها بصواب أو خطأ (Hodgson and Rachman , 1977 ; Rachman and Hodgson , 1980) بالإضافة إلى درجة إجمالية للوسواس ، وهى توفر اربع درجات فرعية : المراجعة ، الاغتسال ، والتنظيف ، البطء / التكرار ، الشكوك / رقابة الضمير . ولسوء الحظ لا يوجد فى البطارية إلا بندين فقط يغطيان الافكار (الوسواسية) كما أنها لا تقيس درجة العجز والحدة مقابل انتشار المشكلة ، وعلى أى الأحوال فإنها تميز بين المرضى الوسواسين القهريين وبقية العصابيين ، وبصفة عامة .. فإن بطارية المودزلى للوسواس القهرى أداة مفيده وسهلة الاستخدام ، ويمكن تضمينها بسهولة فى إجراءات التقييم الروتينى ، وهى مفيدة على وجه الخصوص فى مراقبة التغيرات التى تحدث مع العلاج ، وهى مرفقة كملحق لهذا الفصل .

بطارية بادوا Padua

وهى بطارية صممت حديثاً فى إيطاليا (Sanavio, 1988) ، وهى تتضمن ستين بندا ، وتستخدم متصل إجابة من خمس نقاط ، وهى مصممة لتقييم المدى الأكلينيكى للوساوس والسلوك القهرى .

مقياس يل - براون للوسواس القهرى (3)

وهو مقياس لتقديرات الملاحظة يحتوى على عشرة بنود يقيم كل منها على متصل من صفر - ٤، ويركز خمسة من هذه البنود على الوساوس والخمسة الآخرين على الأفعال القهرية والدرجة الكلية القصوى ٤٠ . وقد حظيت هذه الأداة بشعبية سريعة بين الأخصائيين الأكلينيكيين فى الولايات المتحدة (Goodman et al ., 1989) .

---

(1) Compulsive Activity Checklist .
(2) Moudsley Obessional - Compulsive Inventory .
(3) Yale - Brown obessive - Compulsive scale .

التقييم النفسى الفسيولوجى (١)

استخدمت المقاييس النفسية الفسيولوجية ، مثل : معدل ضربات القلب وسرعة النبض والتوصيل الكهربائى للجلد فى عدد قليل من الدراسات لظواهر الوسواس القهرى (مثال ذلك Boulougouris et al. , 1977; Grayson et al , 1980 ; Kozak et al ., 1988 b) ، غير أنه لا تتوفر دلائل كافية للتوصية بأستخدام هذه المقاييس فى التقدير الأكلينيكى الروتينى . كما يدور جدل حول الحاجة للحذر فى استخدام وتفسير هذه المقاييس (Salkovskis, 1990)

الاختبارات السلوكية

ربما تكون اختبارات الأداء السلوكى أكثر أساليب القياس المباشرة المتاحة الآن ، والمفيدة فى الوقت نفسه . ويمكن استخدام الاختبارات السلوكية البسيطة فى جلسة المقابلة الأكلينيكية ، مثال ذلك سؤال المريض أن يلمس شيئًا ملوثًا وملاحظة رد فعله ودرجة التجنب ، والحصول على تقدير ذاتى لعدم الراحة والحاح الاغتسال (انظر مايلى) ويمكن تطبيق ذلك بالنسبة لبعض المشكلات المختارة والتى عادة ما تكون هى المشكلات التى تسبب أكبر صعوبة للمريض ، وتحاول الاختبارات السلوكية ذات البنية والتصميم الأفضل توفير عينة من المشكلات ذات العلاقة بالحالة بصورة أفضل (مثال ذلك Steketee and Foa, 1985) ومثل هذا القياس القائم على تخطيط سيوفر ، بشكل مثالى ، إمكانية التناول النظامى لعديد من المتغيرات ، بما فى ذلك وجود أو غياب الحافز الوسواسى ، والحوافز المختلفة ، وسهولة الانخراط فى سلوك قهرى ، وجود الأسرة أو غيابها وهكذا . وعلى الرغم من ذلك يتعين تذكر أن درجة المشكلات الوسواسية القهرية أميل للانخفاض دائمًا فى البيئات الجديدة ، وبالتالى قد لا تبدو على المريض الذى يعانى من آثار دائمة وحادة ، الأعراض الواردة فى تقاريره ، خلال الأيام القليلة التالية لإقامته فى المستشفى .

الملاحظة الطبيعية

يمكن أن تُلقى ملاحظة المريض فى البيئة الطبيعية ضوءاً له قيمته على طبيعة مشكلاته ، إلا أن هذا الأمر يبدو صعبًا فى المعتاد عند التطبيق . وعلى أى الأحوال ، إذا كانت هناك مشكلات فى مواقف محددة (مثل الإفراط فى المراجعة أثناء العمل ، تجنب أى اتصال مع الناس فى وسائل النقل العام) فإن الملاحظة المباشرة بواسطة المقيّم فى الموقف المستهدف يمكن وضعها في الاعتبار بشكل جاد ، أما الأكثر اعتياداً فهو الاعتماد على المريض والإخبارى فى توفير التفاصيل ، حول ما يحدث فى مثل هذه المواقف .

التقدير الذاتى

يتعين أن يطلب من المريض فى الأختبارات السلوكية ، كما يحدث تماما فى المقابلة التقييمية ، وفى تسجيل اليوميات أن يقوم بتقييم استجاباته الذاتية (Rachman and Hodgson, 1980; Salkovskis, 1990) وأستخدام مقياس من صفر إلى ١٠٠ مشابه لترمومتر الخاوف (٢) يعد مقياسا سهلا نسبيا للاستخدام لهذه الأغراض ، ويستخدم بعض الأخصائيين الأكلينيكين مقياسا من صفر إلى

---

(1) Psychophysiological
(2) Fear Thermometer

٨ . (مثال ذلك : Marks, et al.., 1977) ويقوم المريض بتقييم شعوره بعدم الراحة (وهى كلمة تبدو طبيعية أكثر من كلمة القلق (١)) ، وكذلك قوة إلحاح الانخراط فى سلوك قهرى ، إذا ما كان هذا جزءاً من مشكلته. وعلى الرغم من مشكلات الثبات والصدق ، فإن مقاييس التقدير الذاتى البسيطة هى مما يسهل تعليم المرضى كيفية استخدامها ، ويضاف بها بُعد مفيد للتقارير اللفظية البحتة . وتقديرات عدم الراحة مفيدة على وجه الخصوص فى إعداد مدرج (هيراركى) للمواقف الصعبة (انظر ص ٨٧) .

مشكلات خاصة

غياب الظواهر المكشوفة

يتعين فى الحالات التى تكون فيها المشكلة الغالبة ظاهرة معرفية ، بمعنى عدم وجود أعراض خارجية ، العناية بصفة خاصة بتقدير المشكلة ، فبينما كانت الأدوات والأساليب الأساسية التى سبق وصفها تتعلق كلها بالمشكلة .. إلا أنه يتعين القيام بفحص خاص للطقوس المضمرة . فالمهام التى يؤديها المريض فى مثل هذه الحالات قد تتضمن القيام بوساوس بناء على تعليمات . وبالتالى يمكن تسجيل ردود الفعل بتعبيرات عدم الراحة ، وإلحاح الطقوس .. إلخ ، ويتعين القيام بتسجيل حرفى للوساوس والأفعال القهرية المضمرة ، كما يتعين تسجيل الشكل الحقيقى الذى تتخذه الوساوس – أى سواء كانت أفكاراً أو صورًا أو أفعاًلا قهرية . (de silva, 1986) ويوجد فى سالكوفسكس Salkovskis (1990) عدد من الأبعادالإضافية المفيدة فى تقييم الظاهرة .

البطء الأولى

إذا كانت مشكلة المريض هى البطء الأولى ، فيتعين توجيه اهتمام خاص للوقت المنفق فى الأنشطة المختلفة من يوم لآخر ، وعلى وجه الخصوص الوقت المنفق فى عناية المريض بنفسه ، كما يجب أيضا استنباط وملاحظة نظام تتابع سلوكه ، وأن تتضمن الاختبارات السلوكية قيام المريض بأنشطة العناية بالذات أو الأنشطة الأخرى المتعلقة بها .

الاكتئاب

سبق الإشارة فى القسم الخاص بالتقييم خلال المقابلة إلى أن الحالة المزاجية للمريض تحتاج للتقييم ، وذلك لوجود علاقة بين الاكتئاب والوسواس القهرى . ومن المعروف جيدا أنه عندما يكون المريض مكتئبا اكتئابا حقيقيا فإن الوساوس والافعال القهرية تصبح أسوأ . (Rachman and Hodgson, 1980) بالاضافة إلى هذا فإن الوساوس شائعة فى مرض الاكتئاب كخاصية ثانوية (de Silva and Rachman,. 1992; Zohar and Insel, 1987) .

اعتبار آخر على صلة بهذا الأمر ، هو أن مرضى الوسواس القهرى أقل ميلا للاستجابة للعلاج، عندما يكونون مكتئبين بقدر جوهرى (Foa, 1979) ، وفى ضوء هذه العلاقة بين اضطراب الوسواس القهرى والأكتئاب فإن الفحص الدقيق للحالة المزاجية يعد جانبا جوهريا فى فحص المرضى المتقدمين بأعراض وسواسية قهرية .

---

(1) Anxiety

العوامل المعــرفية

ذكر بعض المؤلفين أن العوامل المعرفية ذات أهمية أساسية فى أضطراب الوسواس القهرى . فيأخذ ريد (1985) Read على سبيل المثال جانب وجهة النظر القائلة أن اضطراب الوسواس القهرى ما هو إلا مظهر لنمط معرفى معين (انظر أيضا Read, 1991) وقدم سالكوفسكس Salkoviskis (1985) تحليلاً للمشكلات الوسواسية القهرية فى إطار مفهوم بيك Beck عن الأفكار الآلية السلبية (مثال ذلك Beck, 1976) . وعلى أى الأحوال فلا توجد دلائل مقنعة فى الوقت الراهن على هذه النماذج المعرفية لمشكلات الوســواس القهرى أو غيرها . وتوجــد مناقشـــة كاملة لهذا الموضـــوع فى دى سيلفا de Silva (1992) .

الجوانب البيولوجية والنفس عصبية [1]

قـام عدد من البـاحثين بالنظر فى الأسس البيـولوجيـة لاضطراب الوسـواس القـهرى ، وظهـرت دعاوى كثيرة . وقد اقترح البعض ، استشـهاداً بدلائل من أسلوب الصور العقلية ، أن عدم السواء فى الفص الجبهى [2] والعـقـد القـاعـدية [3] قـد يكون مـسـئولا (مـثـال ذلك Malloy, 1987; Wise and Rapoport, 1989) والدلائل الحديثة على دوره فى تكوين اضطراب الوسواس القهرى هو على اقل تقدير من الامـور غير الواضـحة. وهناك علاقـة محدودة للغاية بين هذه الاعتبارات والتـقـييم الأكلينيكى لهذا الاضطراب فى الوقت الراهن . وقد ظهرت فى الأعوام الأخيرة دعاوى قوية عن أن موصـلاً عصبياً [4] هـو حمض السيرتونين الأمينى [5] ، قد يكون له دخل فى هذا الاضطراب ، وقـد أظهرت عقـاقير معينة ذات تأثير على السيرتونين أن تأثيراتها محدود على المرضى بهذا الاضطراب (مثال ذلك : Cobb, 1992) وعلى أى الأحـوال ، فالدلائل الحاليـة على دور سـببى مـبـاشـر للسـيـرتونين ، أو أى عنصـر آخر فى اضطراب الوسواس القهرى غير مقنعة . ولا شك أن المزيد من الضوء سيتم إلقاؤه على هذه القضايا ببحوث تالية .

خلاصة وتعليقات

غنى عن البيان أن حزمة القياس والتقييم التى يستخدمها الأخصائى النفسى مع أى مريض ستعتمد على طبيعة المشكلة القائمة وظروفها . وقد حاولت الأجزاء السابقة الإشارة إلى أى أنواع المقاييس الأساسية متاحة لتقييم الوساوس والسلوك القهرى . ويتضمن التقييم الشامل التقدير الذاتى ، المقابلات مع إخباريين وقياس السلوك ، وبيانات من البيئة الطبيعية للمريض على مدى زمنى طويل ، ويتعين تقديم المزيد من التأكيد على أنواع البيانات ، وعلى وجه الخصوص تلك المتعلقة بالمشكلات النوعية للمريض (مثال ذلك فترة استمرار الوساوس ،عندما تكون الوساوس المعرفية هى المشكلة الرئيسية ، عدد مرات ممارسة الطقوس عندما تكون المشكلة الرئيسية سلوكا قهريا مكشوفا) ، وكذلك البيانات التى تتعلق بالتأثير المباشر على إستراتيجية العلاج التى ستستخدم ، ويهدف التقييم ايضا استنباط بيانات تسمح بقياس التغير الناتج .

(1) Neuropsychological
(2) Frontal Lobe
(3) Basalganglia
(4) Neurotransmitter
(5) Serotonin

ملحق : بطارية المودزلى للوسواس القهرى [1]

(أ) البطـــــارية

تعليمات : اجب من فضلك على كل سؤال بوضع دائرة حول «صواب» أو «خطأ» على يسار كل سؤال ، لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، كما لا توجد أسئلة خادعة ، أجب بسرعة ولاتفكر فى المعنى الدقيق لكل سؤال .

١ – أتجنب استخدام التليفونات العامة بسبب إمكان تلوثها .	صواب	خطأ
٢ – أتعرض مراراً لأفكار قذرة وأجد صعوبة فى التخلص منها	صواب	خطأ
٣ – يشغلنى موضوع الأمانة أكثر مما يشغل معظم الناس .	صواب	خأ
٤ – دائماً ما أتأخر لأنه يبدو أننى لا أستطيع إنهاء كل شيء فى وقته	صواب	خطأ
٥ – لا أفرط فى القلق من التلوث إذا لمست حيوانا .	صواب	خطأ
٦ – كثيرا ما أراجع إحكام إغلاق الأشياء (مثل أنابيب أو مواسير الغاز وصنابير الماء والأبواب .. إلخ) عدة مرات	صواب	خطأ
٧ – لدى ضمير شديد الاستقامة	صواب	خطأ
٨ – أجد أننى حزين فى أغلب الأحيان بسبب أفكار غير سارة ، تتسلل إلى تفكيرى رغم إرادتى .	صواب	خطأ
٩ – لا أفرط فى الانشغال أو القلق ، إذا ارتطمت بشخص ما أثناء السير .	صواب	خطأ
١٠ – عادة ماتكون لدى شكوك حادة حول الأشياء اليومية البسيطة التى أقوم بها	صواب	خطأ
١١ – لم يكن أى من والدىّ شديد الصرامة معى خلال طفولتى	صواب	خطأ
١٢ – أميل للتأخر فى أداء عملى ؛ لأننى أعيد عمل الأشياء مرات ومرات	صواب	خطأ
١٣ – أستخدم كمية متوسطة من الصابون	صواب	خطأ
١٤ – بعض الأرقام منحوسة بشدة	صواب	خطأ
١٥ – لا أراجع الخطابات مرات ومرات قبل وضعها فى صندوق البريد	صواب	خطأ
١٦ – لا أقضى وقتا طويلا فى ارتداء ملابسى فى الصباح	صواب	خطأ

(1) The Maudsley Obessional - Compulsive Inventory .

١٧ – لست مفرط الانشغال بشأن عدم النظافة .	صـــواب	خـــطـــأ
١٨ – إحدى مشكلاتى الأساسية هى اهتمامى الزائد بالتفاصيل	صـــواب	خـــطـــأ
١٩ – أستطيع استخدام دورات المياة النظيفة دون أى تردد	صـــواب	خـــطـــأ
٢٠ – مشكلتى الكبرى هى تكرار التأكد والمراجعة	صـــواب	خـــطـــأ
٢١ – لست مفرط الانشغال بالجراثيم والأمراض	صـــواب	خـــطـــأ
٢٢ – لا أميل لمراجعة الأشياء أكثر من مرة واحدة	صـــواب	خـــطـــأ
٢٣ – لا ألتزم بنظام روتينى شديد الصرامة ، عند قيامى بعمل الأشياء العادية	صـــواب	خـــطـــأ
٢٤ – لا أشعر باتساخ يدى بعد لمس النقود	صـــواب	خـــطـــأ
٢٥ – لا أقوم عادة بالعد عند قيامى بعمل معتاد	صـــواب	خـــطـــأ
٢٦ – أستغرق وقتا طويلا بالفعل لاستكمال اغتسالى صباحا	صـــواب	خـــطـــأ
٢٧ – لا أستخدم قدرا كبيرا من المواد المطهرة	صـــواب	خـــطـــأ
٢٨ – استهلك مقداراً كبيرا من المواد المطهرة	صـــواب	خـــطـــأ
٢٩ – تعليق وتطبيق ملابسى مساء لا يأخذ منى وقتا طويلا	صـــواب	خـــطـــأ
٣٠ – حتى عندما أقوم بعمل شيء ما بعناية شديدة ، فإننى أشعر دائما أننى لم أقم به على الوجه الأكمل .	صـــواب	خـــطـــأ

ب - مفتاح التصحيح

أمنح درجة عندما تطابق الإجابة ما يوجد فى المفتاح ، وصفراً إذا لم تتطابق ، والدرجة القصوى مبينة أسفل المفتاح . وهناك بندان فقط (أرقام ٢ ، ٥) مشبعان على التأمل واجترار الأفكار ، لهذا فهما لايصحبان منفصلين .

	درجة الوساوس الكلية	المراجعـــة	التنظيف	البطء والتكـرار	الشك وإلحاح الضمير
١	صواب	—	صواب	—	—
٢	صواب	صواب	—	خطأ	—
٣	صواب	—	—	—	صواب
٤	صواب	—	صواب	صواب	—
٥	خطأ	—	خطأ	—	—
٦	صواب	صواب	—	—	—
٧	صواب	—	—	—	صواب
٨	صواب	صواب	—	خطأ	—
٩	خطأ	—	خطأ	—	—
١٠	صواب	—	—	—	صواب
١١	خطأ	—	—	—	خطأ
١٢	صواب	—	—	—	صواب
١٣	خطأ	—	خطأ	—	—
١٤	صواب	صواب	—	—	—
١٥	خطأ	خطأ	—	—	—
١٦	خطأ	—	—	خطأ	—
١٧	خطأ	—	خطأ	—	—
١٨	صواب	—	—	—	صواب
١٩	خطأ	—	خطأ	—	—
٢٠	صواب	صواب	—	—	—
٢١	خطأ	—	خطأ	—	—
٢٢	خطأ	خطأ	—	—	—
٢٣	خطأ	—	—	خطأ	—

٢٤	خطأ	—	خطأ	—	—
٢٥	خطأ	—	—	خطأ	—
٢٦	صواب	صواب	صواب	—	—
٢٧	خطأ	—	خطأ	—	—
٢٨	صواب	صواب	—	—	—
٢٩	خطأ	—	—	خطأ	—
٣٠	صواب	—	—	—	صواب
	٣٠	٩	١١	٧	٧

منشور بتصريح خاص

References

Akhtar, S., Wig, N. H., Varma, V. K., Pershad, D. and Verma, S. K. (1975) 'A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis', *British Journal of Psychiatry* 127: 342–48.

Allen, J. J. and Tune, G. S. (1975) 'The Lynfield Obsessional-Compulsive Questionnaire', *Scottish Medical Journal* 20: 21–4.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edn Revised*, Washington DC: American Psychiatric Association.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beech, H. R. (1971) 'Ritualistic activity in obsessional patients', *Journal of Psychosomatic Research* 15: 417–22.

Bilsbury, C. and Morley, S. (1979) 'Obsessional slowness: a meticulous replication', *Behaviour Research and Therapy* 17: 405–8.

Boulougouris, J. C., Rabavilas, A. D. and Stefanis, C. (1977) 'Psychophysiological responses in obsessive-compulsive patients', *Behaviour Research and Therapy* 15: 221–30.

Cobb, J. J. (1992) 'Serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: What is their therapeutic role?' in K. Hawton and P. Cowen (eds) *Practical Problems in Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Cooper, J. (1970) 'The Leyton Obsessional Inventory', *Psychological Medicine* 1: 48–64.

Cooper, J. and Kelleher, M. (1973) 'The Leyton Obsessional Inventory: a principal component analysis on normal subjects', *Psychological Medicine* 3: 204–8.

de Silva, P. (1986) 'Obsessional-compulsive imagery', *Behaviour Research and Therapy* 24: 333–50.

de Silva, P. (1988) 'Obsessive-compulsive disorder', in E. Miller and P. J. Cooper (eds) *Adult Abnormal Psychology*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

de Silva, P. (1992) 'Obsessive-compulsive disorder', in L. A. Champion and M. Power (eds) *Adult Psychological Problems: An Introduction*, London: Falmer Press.

de Silva, P. and Rachman, S. (1992) *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts*, Oxford: Oxford University Press.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. and Scholing, A. (1992) *Anxiety Disorders: A Practitioner's Guide*, Chichester: Wiley.

Foa, E. B. (1979) 'Failure in treating obsessive-compulsives', *Behaviour Research and Therapy* 17: 169–76.

Foa, E. B. and Tillmanns, A. (1980) 'The treatment of obsessive-compulsive neurosis', in A. Goldstein and E. B. Foa (eds) *Handbook of Behavioral Interventions: A Clinical Guide*, New York: Wiley.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. and Charney, D. S. (1989) 'Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Part I: Development, use and reliability', *Archives of General Psychiatry* 46: 1006–11.

Grayson, J. B., Nutter, G. and Mavissakalian, M. (1980) 'Psychophysiological assessment of imagery in obsessive-compulsives: A pilot study', *Behaviour Research and Therapy* 18: 580–93.

Hodgson, R. J. and Rachman, S. (1977) 'Obsessional-compulsive complaints', *Behaviour Research and Therapy* 15: 389–95.

Kanfer, R. H. and Saslow, G. (1969) 'Behavioral diagnosis', in C. M. Franks (ed.) *Behavior Therapy – Appraisal and Status*, New York: McGraw-Hill.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. and Burnham, A. (1988) 'The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities', *Archives of General Psychiatry* 45: 1094–99.

Khanna, S. and Channabasavanna, S. M. (1988) 'Phenomenology of obsessions in obsessive-

Kozak, M. J., Foa, E. B. and McCarthy, P. R. (1988a) 'Obsessive-compulsive disorder', in C. G. Last and M. Hersen (eds) *Handbook of Anxiety Disorders*, New York: Pergamon.

Kozak, M. J., Foa, E. B. and Steketee, G. S. (1988b) 'Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing', *Behavior Therapy* 19: 157–69.

Lewis, A. J. (1936) 'Problems of obsessional illness', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 29: 325–36.

Malloy, P. (1987) 'Frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder', in E. Perecman (ed.) *The Frontal Lobe Revisited*, New York: IRBN Press.

Marks, I. M., Hallam, R. S., Connolly, J. and Philpott, R. (1977) *Nursing in Behavioural Psychotherapy*, London: Royal College of Nursing.

Murray, R. M., Cooper, J. E. and Smith, A. (1979) 'The Leyton Obsessional Inventory: an analysis of the responses of 73 obsessional patients', *Psychological Medicine* 9: 305–11.

Pollack, J. M. (1979) 'Obsessive-compulsive personality: a review', *Psychological Bulletin* 86: 225–41.

Rachman, S. (1974) 'Primary obsessional slowness', *Behaviour Research and Therapy* 11: 463–71.

Rachman, S. and de Silva, P. (1978) 'Abnormal and normal obsessions', *Behaviour Research and Therapy* 16: 233–48.

Rachman, S. and Hodgson, R. J. (1980) *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rasmussen, S. A. and Eisen, J. L. (1992) 'The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 53(4) Supplement: 4–10.

Rasmussen, S. A. and Tsuang, M. T. (1986) 'Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorders', *American Journal of Psychiatry* 143: 317–22.

Reed, G. (1985) *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour*, London: Academic Press.

Reed, G. (1991) 'The cognitive characteristics of obsessional disorder', in P. A. Magaro (ed.) *Cognitive Bases of Mental Disorders*, Newbury Park: Sage.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Greenberg, E., Burke, J. D. Jr and Regier, D. A. (1984) 'Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders at three sites', *Archives of General Psychiatry* 41: 949–58.

Salkovskis, P. M. (1985) 'Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis', *Behaviour Research and Therapy* 23: 571–83.

Salkovskis, P. M. (1990) 'Obsessions, compulsions and intrusive cognitions', in D. F. Peck and C. M. Shapiro (eds) *Measuring Human Problems: A Practical Guide*, Chichester: Wiley.

Salkovskis, P. M. and Harrison, J. (1984) 'Abnormal and normal obsessions: A replication', *Behaviour Research and Therapy* 22: 549–52.

Sanavio, E. (1988) 'Obsessions and compulsions: The Padua Inventory', *Behaviour Research and Therapy* 26: 169–77.

Snowdon, J. A. (1980) 'A comparison of written and postbox forms of the Leyton Obsessional Inventory', *Psychological Medicine* 10: 165–70.

Steketee, G. S. and Foa, E. B. (1985) 'Obsessive-compulsive disorder', in D. H. Barlow (ed.) *Handbook of Psychological Disorders*, New York: Guilford Press.

Steketee, G. S. and Freund, B. (1993) 'Cognitive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analysis and revision', *Behavioural Psychotherapy* 21: 13–25.

Stern, R. S. and Cobb, J. (1978) 'Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis', *British Journal of Psychiatry* 132: 233–9.

Turner, S. M. and Beidel, D. C. (1988) *Treating Obsessive-Compulsive Disorder*, New York: Pergamon.

Wise, S. P. and Rapoport, J. L. (1989) 'Obsessive-compulsive disorder: Is it a basal ganglia dysfunction?', in J. L. Rapoport (ed.) *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wolpe, J. R. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. R. (1991) *The Practice of Behavior Therapy, 4th edn*, New York: Pergamon Press.

Zohar, J. and Insel, T. R. (1987) 'Obsessive-compulsive disorder: Psychobiological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology', *Biological Psychiatry* 22: 667–87.

الفصل الرابع

علاج الوساوس والسلوك القهرى

Obessions and Compulsions Treatment

P. de Silva   پ دى سيلفا

الفصل الرابع

علاج الوساوس والسلوك القهرى

P. de Silva **پ دى سيلفا**

مقدمة :

شهد علاج الوساوس والسلوك القهرى تقدما ملحوظا خلال بضع عشرات السنين الحالية ، وشاع تقبل محدود لهذه الاساليب خلال فترة الستينيات (مثال ذلك Slater and Roth 1969: 135) ومن النتائج المحدوده لعلاج هذه الاضطرابات انفتح الطريق أمام توجه متفائل (Emmelkamp et al ., 1992, Greist , 1992 , Rachman and Hodgson ; 1980 , Turner and Beidel , 1988)

وقد طور علماء النفس أساليب سلوكية للتدخل فى هذه الاضطرابات ، تتسم بالفعالية المتزايده والصقل ، وقاموا باستخدامها وأصبح من الشائع فى الممارسات المعتادة الآن تحويل مرضى الوساوس القهرية إلى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكين لعلاجهم من صعوباتهم .

العلاج النفسى (1)

يرى علم النفس الدينامى أن الوساوس والسلوك القهرى ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ ، إضافة إلى بعض العناصر الأخرى المكبوتة بالصورة نفسها ، التى توجد عليها الاعراض العصابية . وحيث يجد الفرد طريقة أمنه نسبيا للتعبير عن الأفكار والمشاعر المكبوتة من خلال وساوسه وسلوكه القهرى . وتعد خبرات الفرد خلال ما يطلق عليه اسم المرحلة الشرجية للأرتقاء مهمة على وجه الخصوص فى نشأة هذه الأعراض خلال المراحل المتأخرة من العمر (انظر على سبيل المثال Fenichel 1946) ويهدف العلاج النفسى للكشف عن الظواهر اللاشعورية بهدف ابراز الصراعات وأشكال القلق . ولم تكن نتائج هذا العلاج ، الذى عاده ما يكون مستهلكا للوقت ، مُرضية بصفة عامة بالنسبة لأى اضطراب عصابى (Eysenck , 1952) وهناك الكثير من المشكلات المتعلقة بتقييم نتائج العلاج النفسى ، نوقشت باستفاضة فى التراث (Rachman and Wilson , 1981) واحدى هذه المشكلات هى ما إذا كانت إجراءات العلاج تؤدى إلى نتائج أفضل من معدلات التحسن التلقائى الذى يحدث للمرضى، ويؤدى هذا الأمر على وجه الخصوص إلى صعوبة تقييم حالات العلاج ، التى جرت على مدى فترة زمنية طويلة . ونتائج العلاج النفسى لمشكلات الوسواس القهرى غير ناجحة أو فعالة (Cawley , 1974) واقتباساً من أحد أصحاب المراجعات الحديثة فإن « العلاج الدينامى التقليدى لا يعد علاجا فعالا للوساوس أو طقوس المرضى ، الذين يستوفون معايير تشخيص الوسواس القهرى .. ولا توجد تقارير فى تراث الطب النفسى المعاصر لمرضى توقفوا عن طقوسهم ، عندما عولجوا بهذه الأساليب وحدها (Jenike , 1990 : 295)

(1) Psychotherapy
(2) Psychosurgery

الجراحة النفسية (٢)

شكل أخر شائع من العلاج لهذه الاضطرابات هو الجراحة النفسية ، ويستحق الأمر الإشارة إلى أن ما يحدث فى الجراحة النفسية ليس إجراءً واحداً موحداً ، بل إجراءات متعددة بما فى ذلك جراحة الفص الجبهى المعيارية [١] المعتادة ، والفص المجهري المعدلة [٢] ، وجراحة تنبيه الجهاز الطرفي المخي[٣]. وهناك إشارات (Rachman , 1980 ; Rachman and Hudgson , 1980) إلى انه لا يوجد تفسير منطقى قدم لإيضاح لماذا يتوقع من جراحة المخ مساعدة هؤلاء المرضى ، وبالنظر إلى البيانات التجريبية فإن المراجعات الخاصة بالعلاج بالجراحة النفسية لمرضى الوسواس القهرى تشير إلى أن النتائج فى أفضل الحالات غير واضحة (Rachman , 1980 ; O'callaghan and Carroll ,1982). كما لا يوجد دليل واضح على أن هذا الشكل العنيف والبتار من العلاج أكثر فعالية فى علاج الوساوس مقارنة بأقل أساليب التدخل العلاجى النفسى . إن الادعاء بأن هذا العلاج له دور فى السيطرة على حالات عدم التفاعل المزمنة ، انما جاء من جانب بعض الممارسين (مثال ذلك : Chiocca and Martuza 1990; Cobb and Kelly , 1990) . ويجب النظر للجراحة النفسية حتى باعتبارها الملجأ الأخير فى العلاج بحذر شديد .

العلاج الدوائى (٤)

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن العلاج الدوائى ذو قيمة كبيرة فى اضطرابات الوسواس القهرى ، وعلى الرغم من أن العقاقير المضادة للقلق والمهدئات الكبرى توصف أحياناً فى هذه الحالات إلا أنها لا تحقق فائدة حقيقية ، ومن ناحية أخرى غالباً ماتوصف العقاقير المضادة للاكتئاب ، وقد سجلت بالنسبة لها درجات متفاوتة من النجاح (Cobb , 1992; Goodman et al ., 1992) ومن الواضح أنه فى حالة تزامن الاكتئاب مع الوساوس ، يصبح لهذه العقاقير دور تقوم به فى تحسين الحالة المزاجية للمريض (انظر مناقشة الاكتئاب فى الفصل التالى) .

وقد ظهرت حديثاً دعاوى حول تاثير بعض الأنواع الخاصة من الأدوية المضادة للاكتئاب على الوسواس القهرى ، وهى عبارة عن مستحضرات تعمل على كف السيروتونين فى المخ (مثال ذلك Insel,1990) ويُظهر فحص التراث المتنامى حول هذه القضايا أن بعض مرضى الوسواس القهرى يستفيدون بالتأكيد من هذه العلاجات . ومع ذلك فما أن يوقف الدواء حتى تميل الأعراض إلى العودة (مثال ذلك Pato et al . 1988) بالإضافة إلى ما لها من آثار جانبية غير سارة ، ويعتقد الكثير من الأطباء النفسيين إن استخدام مثل هذه المضادات للاكتئاب مع العلاج السلوكى يعد طريقة فعالة فى علاج هؤلاء المرضى (مثال ذلك Greist , 1992) . أما استخدامها بمفردها فلا يكون مؤثراً بالقدر الذى يحدثه العلاج السلوكى . ومما يستحق الإشارة ان هناك بحوثا جارية فى هذا المجال ، وأن الموضوع يحتاج لأن يظل قيد المراجعة .

العلاج السلوكى (٥)

العلاج الفعال لمرضى الوسواس القهرية هو العلاج السلوكى . وقد أدت الاعمال المبكرة

---

(1) Leucotomy .
(2) Modified leucotomy .
(3) Stereotatic limbic .
(4)Pharmacological Treament .
(5)Behavioural Treatment .

لولبه) (1985) Wolpe وماير (1966) Mayer إلى تطوير مجموعة من الأساليب ، التى استخدمت بقدر كبير من النجاح وأظهرت أنها أكثر فعالية من أساليب العلاج ، التى استخدمت قبل التقدم الذى أحرزاه . (Foa and Tillmanns , 1980 ; Foa et al. , 1985 ; Mayer et al. , 1974 ; Minichiello , 1990 ; Rachman and Hudgson , 1980 ; Turner and Beidel , 1988)

وتتحدد استراتيجيات العلاج ،التى يتعين استخدامها أثناء الممارسة الأكلينيكية من خلال طبيعة المشكلة الأساسية أو المهيمنة ، وكما تبين من الفصل الثالث فإن الأحداث التى تشكل خبرة وسواسية قهرية كثيرة ويمكن أن تظهر فى تشكيلات متباينة ، ويعتمد القرار الخاص بأى سياسة علاجية نوعية يتعين استخدامها ، اعتمادا كبيرا على أى هذه الأحداث هو المهيمن ، وكيف يتدخل فى أداء الفرد .

علاج السلوك القهرى الصريح (1)

مثال من وساوس الاغتسال والتنظيف

تتكون أفضل طريقة لعلاج أولئك الذين تكون مشكلاتهم الاساسية ، عبارة عن أفعال قهرية صريحة ، مثل من لديهم طقوس الاغتسال والتنظيف ، من مجموعة من الإجراءات ، هى: التعرض(2) والنمذجة (3) وكف الاستجابة (4) (Foa and Tillmanns , 1980; Foa et al. , 1985; Meyer et al ., 1974; Rachman and Hudgson , 1980 ; Turner and Beidel , 1988)

عناصر العلاج

يشير التعرض إلى عملية تعرض المريض للمنبهات أو المواقف التى تستثير الحاجة القهرية ، وبالتالى فإن شخصا ما تكون طقوسه قائمة على الاعتقاد أنه سيكون ملوثا ،عندما يلمس أوعية القمامة وارضية المطبخ سيطلب منه أن يلمس هذه الأشياء لمسا كاملا مرارا وتكرارا . وقد يبدو هذا بمثابة عملاً مبالغًا فيه ، ولكنه مفيد من حيث انه عادة ما يستثير السلوك القهرى ، من خلال مشاعر قوية من عدم الراحة ، وتشير النمذجة إلى قيام المعالج بنفسه بعرض السلوك ، الذى طلب من المريض أن يقوم به ، وذلك بلمس وعاء القمامة مثلا ، وهو يقوم بذلك بطريقة هادئة ومضبوطة دون أى بادره من القلق . كما أنه ينمذج طريقة تعامله مع هذا التعرض ، دون عجلة للاغتسال أو التنظيف . ويتعين الإشارة إلى أن النمذجة السلبية ، والتى يقوم المريض فيها بمجرد الملاحظة لا تعد إجراءً مفيداً فى علاج هؤلاء المرضى . إن المطلوب هو المشاركة فى النمذجة ، حيث يقوم المعالج بالعمل نفسه إلى جانب المريض ، ويجب ملاحظة أنه بينما تعد النمذجة إجراءً ميسراً بشكل واضح للعلاج ، إلا انها لا تعد أساسية فى كل الحالات . ويتطلب منع الأستجابة من المفحوص ان يمتنع عن ممارسة سلوكه القهرى المعتاد ، فبعد لمس وعاء القمامة مثلاً قد يقوم المريض على الفور بالاغتسال بقدر كبير من الماء حتى يتخلص من التلوث ، إلا أن هذا يُمنع بشكل حاسم ربما لعدة ساعات أو حتى لعدة أيام إذا كان ذلك ممكناً .

---

(1) Overt Compulsions
(2)Exposure .
(3) Modelling .
(4) Response Prevention .

والتعرض ومنع الاستجابة من بين هذه الأساليب الثلاثة هما العنصران الجوهريان فى العلاج . وللنمذجة استخدامات واضحة كإستراتيجية اضافية ، ومن المؤكد أنها تفيد فى إقناع الكثير من المرضى بالمشاركة فى ممارسة السلوك ، الذى يترددون فى القيام به .

الأساس المنطقى .

يُستمد الأساس المنطقى لهذه الحزمة العلاجية المقننة من كل من دراسات الحيوان والبحوث الاكلينيكية / التجريبية . وقد تبين أن الصد الذى تتعرض له استجابة التجنب يؤدى إلى خفض هذه الاستجابات فى دراسات الحيوان (مثال ذلك Baum , 1969 , 1970) وبالمثل أوضح مير وكلى Maier and Klee (1945) ومير Maier (1949) كيف أن توجيه الفئران يدويا نحو موقف سبق تجنبه ، كان ناجحاً فى إلغاء الاستجابات النمطية المستقرة . وكان استخدام ماير لهذا الشكل من العلاج يعتمد على افتراض أن إطالة فترة الامتناع عن الطقس ستؤدى إلى تغييرات فى توقعات المريض وبالتالى فى قوة الحاح القيام بالطقس (Meyer , 1966) ، وقد اظهرت سلسلة من الدراسات ، أجريت فى مستشفى المودزلى الآتى :

١ - يشعر المريض بالوساوس القهرية النمطية من أصحاب الخبرات الطقسية بعدم الراحة والإلحاح القوى لممارسة طقوسه ، عندما يستثار بالتعرض للمنبه أو الموقف المثير .

٢ - عندما ينخرط المريض فى السلوك القهرى مثل غسل اليدين ، فإن عدم الراحة ينخفض .

٣ - وعلى الرغم من ذلك ، فعندما تستثار مشاعر عدم الراحة والحاح الانخراط فى السلوك القهرى، مع منع المريض من القيام بالأستجابة فإنهما يظلان ، ولكن بدرجة أكثر بطوءاً .

ويمكن النظر لهذا التضاؤل التلقائى لشدة الإلحاح القهرى ومشاعر عدم الراحة المصاحبة باعتبارهما حجر الزاوية لأسلوب العلاج بمنع الإستجابة (Rachman et al. , 1967) ؛ حيث يتكون تأثير تراكمى خلال الجلسات المتكررة ، يؤدى إلى انخفاض تدريجى فى الإحساس بعدم الراحة وإلحاح الانغماس فى السلوك القهرى . وما يبدوا أكثر وضوحاً ، هو تبدد سريع التعاظم لهذه الأعراض (Likierman and Rachman , 1980) .

تطبيق العلاج

حتى يمكن تطبيق هذه الحزمة العلاجية ، على المعالج أن يحصل على فكرة واضحة عن المنبهات أو المؤشرات التى تستثير السلوك القهرى ، ويوفر تقييماً شاملاً لأعراض المريض هذه المعلومات (أنظر الفصل الثالث) ، ويتعين إعداد قائمة متدرجة لهذه المنبهات والمواقف (انظر جدول ١ - ٤) ويبدأ العلاج بتقديم شرح كامل لمنطق العلاج وتوضيح المتطلبات التى يجب على المريض الوفاء بها ، كما يتعين عدم إنكار الصعوبات التى قد يعانيها فى الامتثال لهذه الإجراءات ، غير أنه يجب تشجيعه ومساندته للمضى قدمًا فى العلاج ، ويستحيل علاج مريض رغم إرادته .

شرح منطق العلاج

كيف يمكن شرح منطق العلاج للمريض ؟ من المفيد التأكيد أن مشكلات المريض عبارة عن نمط سلوكى متعلم ، ويجب شرح العلاقة بين ظهور عدم الراحة الناشئ عن المنبهات المثيرة للمشكلة والسلوك القهرى ، وذلك باستخدام أمثلة من حالة المريض نفسه ، مثال ذلك :

« كما لاحظت بنفسك فإنك عندما تلمس النقود تشعر أنك اتسخت ، وتشعر بالتالى أنك قلق للغاية ، وتشعر بالطبع - بحاجة قوية لغسل يديك ، وهو ما تفعله على الفور ، ويساعدك ذلك فى وقته ، إلا أنه يقوى الرابطة بين لمس النقود وعملية غسيل اليدين ، أليس كذلك ؟ فالغسل يشعرك بالراحة وبالتالى فأنت تريد أن تغسل يديك كل مرة تلمس فيها نقوداً .

ويجب بعد ذلك تفسير كيف يهدف العلاج كسر هذه الرابطة.

« يهدف برنامج العلاج كسر هذه الرابطة ، ولهذا نريد منك لمس النقود والأشياء الأخرى المثيرة لكربك ، ولكن دون أن تغتسل ربما لعدة ساعات ، ستشعر بالطبع أنك شديد الأتساخ وشديد القلق، ولكن بعد مضى وقت قليل ستبدأ فى الشعور أنك أفضل . ومن المهم أن نقوم بذلك بهذه الطريقة ، وعلى مدى عدة أيام ستكون قادراً على كسر الرابطة بين النقود والاغتسال ، وسنساعدك فى ذلك بقدر ما نستطيع ، وسألمس معك النقود ، وسأبقى دون غسل يداى بقدر ما ستفعل .

تعرض متدرج أم سريع ؟

لا توجد حاجة ، على عكس ما يحدث فى التسكين المنظم ، للعمل تدريجياً بدءاً من المواقف الأقل إثارة للقلق إلى المواقف الأكثر إثارة فى سلسلة من الخطوات المتدرجة ، وعلى الرغم من توصية بعض الخبراء بذلك (مثال ذلك : Foa and Tillmanns , 1980) ، فمن المناسب التركيز على عناصر الموقف المرصودة فى رأس القائمة ، ثم التقدم نحو العناصر الأقل إثارة للقلق كجزء من تعميم التدريب .

ويوضح جدول (١ - ٤) مثالاً للمواقف المتدرجة ، التى عولجت بتركيز على البنود المبينة فى أعلى الجدول أولاً ، وحيث كان المريض شابا لديه طقوس اغتسال زائدة من شعوره بالتلوث من الكلاب .

وقد عرض المريض فى هذا المثال للمواقف الأربعة الأولى ، خلال الجزء الأول من العلاج ، وعممت المكتسبات على البنود التالية فى هذه القائمة المتدرجة ، دون كثير من الجهد الإضافى .

ويبدو من الضرورى ، من ناحية أخرى ، بدء العمل من مستوى أدنى قليلاً فى هذا التدرج ، إذا كان المريض غير قادر على التعاون فى برنامج يبدأ بموقف شديد الاثارة للقلق ، وفى مجال الممارسة تكون أفضل سياسة هى البدء بأعلى مستوى يريد المفحوص محاولته .

جدول (١-٤) : القائمة المتدرجة لمنبهات تستثير السلوك القهري للاغتسال لدي مريض

البنود	تقدير عدم الراحة من صفر الى ١٠٠
١ - لمس كلب بكلتا اليدين	١٠٠
٢ - لمس وعاء أكل فيه كلب	٩٠
٣ - لمس قطعة قماش لمسها كلب	٨٠
٤ - السير حافى القدمين فى مكان سار فيه كلب من قبل	٧٥
٥ - ارتداء قميص سبق ارتداءه أثناء العبور قرب كلب	٦٥
٦ - الإمساك بيد شخص قام بإطعام كلب	٥٠
٧ - لمس ملابس شخص مجهول فى المستشفى	٥٠
٨ - العبور أمام أوعية القمامة أثناء السير فى أقسام المستشفى	٤٠
٩ - السير فى الشوارع خلال ساعات الذروة المرورية	٣٠

بعض قضايا منع الاستجابة

يعد منع الاستجابة أهم جوانب هذه الحزمة العلاجية من المنظور العملى ، وهو يتطلب إشرافًا مباشراً ولصيقًا بالمريض لمدة ساعتين إلى ثلاث ساعات ، بل ولمدة أربع وعشرين ساعة فى بعض البرامج (مثال ذلك: Sturgis and Meyer , 1981) . ومن ناحية أخرى فإن مريضاً ذا دافعية جيدة والتزام واضح بالعلاج يمكن توقع تعاونه تمامًا ، بحيث لا يصبح هذا الإشراف ضرورياً دائماً (Emmelkamp , 1982) ومن المهم مناقشة الصعوبات التى تسببها هذه المرحلة من العلاج مع المريض ، مثال ذلك قد يقوم المريض بطقس مختصر وغير ملحوظ ؛ لكى يحصل على الراحة أو قد يبقى المريض ممتنعًا عن الاستجابة فترة طويلة نسبياً ، مضمراً فى نفسه أنه سينغمس فى طقوسه فى نهاية الأمر . ومثل هذه الذرائع ليست غير معتادة ، ويحتاج المعالج لمناقشتها مع المريض ومناقشة كيفية السيطرة عليها (de Silva and Rach- man , 1992) ومن الضرورى أيضاً ملاحظة أنه بينما يكون الامتناع عن الاستجابة نوعيًا ومحدوداً بفترة زمنية قصيرة فى بعض البرامج ، من ذلك الحالة التى يُعرّض فيها المريض للموضوعات الملوثة ، ثم لا يسمح له بعد ذلك بالنظافة أو الاغتسال لفترة محدودة بنحو ساعتين أو أكثر . فإن الاستجابة فى بعض البرامج الأخرى تكون عامة وغير محددة الوقت نسبيا ، مثال ذلك عندما يمنع المريض من الانخراط فى أى من الموضوعات المستهدفة ، على امتداد فترة العلاج المكثف بكاملها .

مثال ذلك البرنامج الذى تصفه « فوا وتليمانز » Foa and Tillmanns ؛ حيث يمنع الاغتسال بكل أنواعه ، فيما عدا الحصول على دش تحت المراقبة يليه اعادة التعرض للتلوث ، وذلك خلال المرحلة الأولى من العلاج (انظر أيضاً : Foa and Goldstein , 1978) . وبصفة عامة يبدو هذا الأسلوب الأخير مرغوبًا أكثر ، ولكنه يتطلب قدراً كبيراً من دافعية المريض ، وتوفر التسهيلات اللازمة للإشراف الكامل . وخلال الممارسة فإن العامل المهم فى الموقف هو منع السلوك المستهدف لفترة طويلة بالقدر الكافى لإضعاف إلحاح الانغماس فى السلوك وعدم الراحة المصاحب (Rachman et al. , 1976 ; Sturgis and Meyer , 1981) ومن هنا يصبح من المهم ملاحظة قوة الإلحاح بعناية .

بعض قضايا التعرض

قد يؤدى التعرض نفسه إلى بعض الصعوبات العملية ، فقد يقوم المريض بلمس « الجزء الآمن » من المنبه الملوث ،أو يلمسه بظهر يده فقط ، وعندما يطلب من المريض أن يحمل شيئاً ملوثًا فقد يقوم بحمله مغلفًا بعدد من المناشف ، مما يجعل هذا الشيء غير سيء تمامًا بالنسبة له . ولهذا يتعين بذل الجهد للتأكد من حدوث تعرض كامل وواحد . وأحيانا مايكون اللجوء إلى إجراء مبالغ فيه مثل اللمس الكامل لداخل وخارج وعاء القمامة ، هو الذي يضمن حدوث تعرض فعال ، وحك اليدين بشدة في الأرض عدة مرات، ثم حك اليدين الملوثتين فى الوجه أو الشعر أو الملابس بعد ذلك . واستخدام النمذجة هنا لا قيمة له. والنقطة المهمة هى ان تمرينات التعرض ستؤدى إلى درجة كبيرة من عدم الراحة ، ومستوى عالٍ وواضح من الإلحاح للسلوك القهرى . ويتعين ملاحظة أن لا تصبح العملية تعرضًا بالاسم فقط .

وكما هو الحال فى منع الإستجابة ، فإن تمرينات التعرض يمكن أيضاً أن تكون متنوعة ، فقد تكون تعرضاً للمنبه لفترة محدودة (مثال ذلك جعل المريض يلمس حيواناً يعتبره ملوثاً) ، أو قد تكون مستمرة (بجعل المريض يحمل لفافة صغيرة من شعر كلب فى جيبه طوال الوقت) . ومن الممكن تعريض

المريض لعدد من المنبهات فى الوقت الواحد ، سواء معا أو على التتالى المباشر (مثال ذلك جعل المريض يلمس كلباً ، ويحمل وعاء طعامه ، ويحك طوق الكلب حكا كاملاً بملابسه ، وأن يستخدم تليفوناً عمومياً ، وأن يمسك نقوداً من أيدى أشخاص آخرين) . وفى برنامج مكثف لمريض لديه مجموعة من المنبهات الصعبة والمعوقة ، فإن مثل هذا البرنامج للتعرض المتعدد مرغوب فيه .

التسكين

هل هناك دور للتسكين (بمعنى التعرض التدريجى مع الاسترخاء أو دونه) ؟ يمكن نظرياً علاج المريض ، الذى يتجنب منبهات معينة لخوفه أن تؤدى لعدم إحساسه بالراحة ، أو لشعوره بالقلق وقيامه بسلوك قهرى وفقًا لنموذج التسكين ، بالطريقة نفسها التى يعالج بها مريض يعانى من المخافات المرضية . والواقع أن بعض المرضى الوسواسيين ، وعلى وجه الخصوص أولئك الذين يتمثل سلوكهم القهرى فى الاغتسال ، تتضمن مشكلاتهم بالفعل عناصر فى صورة مخاوف ، وهو ما يبدو مناسبًا فى حالاتهم . وعلى أى الأحوال فلم يتضح حتى الآن أن التسكين وحده كان ذا فائدة كبيرة فى علاج الوساوس القهرية . ونتائج التقارير المتاحة مختلطة (مثال ذلك : Frust and Cooper , 1970) إلا أن اضافة طريقة منع الاستجابة إلى التسكين تؤدى لنتائج متفوقة بوضوح .

التعرض التخيلى

يستخدم بعض المعالجين التعرض التخيلى كمكون إضافى فى حزمة التعرض / منع الاستجابة (مثال ذلك : Foa and Tillmanns , 1980 ; Steketee et al., 1982) ، وقد يستخدم هذا الأسلوب فى الحالات التى يصعب فيها لأسباب عملية ترتيب مواقف تعرض حية ، كما يستخدم أيضاً كخطوة أولية فى الحزمة العلاجية ، وتوصى البحوث التى أجريت فى جامعة تمبل Temple (مثال ذلك : Foa et al ., 1980 ; Steketee et al ., 1982) بإضافة التعرض التخيلى الذى يتضمن الكوارث ، التى يعتقد المريض أنها ستحدث إذا لم يوقفها بسلوكه القهرى ، وهو ما يؤدى إلى نتائج أفضل على المدى البعيد من حزمة علاجية لاتتضمن هذه الخطوات .

علاج بعض الأشكال الأخرى من الوساوس القهرية المكشوفة

ركزنا فيما سبق إلى حد كبير على علاج المرضى ذوى الوساوس القهرية للاغتسال ، والمرضى الآخرين ممن تتضمن مشكلاتهم أشكالاً أخرى من الوساوس القهرية ، مثل أولئك الذين لديهم وساوس المراجعات (أو التحقق) ، وأصحاب الطقوس الأخرى (مثال ذلك الذين يحكمون قهريا إغلاق أى شيء غير محكم الغلق ، أو يلمسون بطريقة قهرية أركان الغرف عندما يدخلونها ، أو يقومون بسلسلة من الطقوس وفق نظام ثابت قبل تناول وجباتهم) ، ويمكن أيضاً علاج كل هؤلاء وفق الأسس السابق وصفها ، وعلى سبيل المثال يتعين أن يتضمن التعرض الجلوس الى مائدة او العمل عليها ، وحيث تكون الأشياء الموضوعة فوقها غير مرتبة ، ومن الأفضل جعل المريض يقوم بنفسه بإفساد ترتيبها ، ولا يسمح له بعدئذ بإعادة ترتيبها أو إحكامها مرة أخرى . أو يتم الإشراف على وجبات المريض ، دون السماح له بأى طقوس غير ضرورية ، ويتعين الإخلال بترتيب أى نظام محدد بصورة عمدية .

وبالنسبة للذين يقومون بالتحقق ، يصبح أسلوب التدخل العلاجى معهم هو السماح بانغماسهم فى الأنشطة التى تؤدى إلى تحققهم (مثل إغلاق الأبواب وإغلاق صمامات الغاز ، أو الأدراج) دون السماح لهم بالتحقق منها أو الإعادة عليها ، وتتخذ الخطوات لتعريض المتحققين لأغلب – إن لم يكن كل- مواقف المخاطرة ، طالما أن الحاح التحقق يميل إلى الارتباط بمشاعر المريض بالمسئولية ، وقد يكون من الضرورى خلق مواقف تجعل المريض يشعر بالمسئولية نحو أعمال معينة ، خارج نطاق مسئوليات فريق العناية (بالمستشفى) أو مسئوليات غيرهم ، ويبدو أن المتحققين يستفيدون على وجه الخصوص من التعرض التخيلى الإضافى للكوارث ، التى يعتقدون أن طقوس التحقق التى يمارسونها ستمنعها (Foa et al ., 1980 ; Steketee et al ., 1982)

خفض التجنب

يتعين أن يتضمن برنامج العلاج خفض التجنب كقاعدة عامة ، فحتى بعد علاج ناجح بالتعرض لأشياء تحتل رأس قائمة مدرج الوساوس فإن المرضى قد يظلوا جزئيًا متجنبين لعديد من المواقف كنوع من العادة ومن المفيد مساعدة المريض فى هذه المواقف ، بدلاً من توقع تعميم تلقائى للشفاء ، ودائمًا ما تكون الواجبات المنزلية التى يقوم بها المريض من تلقاء نفسه كافية ، إلا أنه يتعين عدم اعتبار ذلك أمراً مسلماً ، بل يجب دمج هذه الخطوة فى برنامج العلاج ، كما يتم بصورة نموذجية دمج الكثير من المواقف المستهدفة ذات الصلة .

والاستراتيجية العلاجية الأساسية فى الحالات التى تكون فيها المشكلة الجوهرية هى التجنب القهرى ، هى التعرض الشامل للمنبهات ، أو المواقف التى تُتجنب .

وهناك حالة لزوجة شابة تتجنب رقم أربعة (٤) فى كل أشكاله نتيجة لاعتقادها الوسواسى أن زوجها سيتعرض للأذى ، إن لم تفعل ذلك ، وهى لا تقرأ الصفحة الرابعة فى كتاب ولا تكتبها فى ورقة (وكذلك رقم أربعة عشر وأربعة وعشرين ... إلخ) ، ولا تنطق العدد أربعة أو تنظر إليه ولا تقوم بأى عمل أربع مرات ، ويمتد ذلك لكل مجالات حياتها ويحد من أدائها بشكل مأساوى ، وقد تضمن العلاج تعريضها لرقم أربعة بطرق مختلفة ، وكانت بعض هذه الطرق مستمرة ، وتم جعلها تقوم بالكثير من الانشطة اربع مرات ، وتم طلاء رقم اربعة على كل شبر من حوائط حجرتها بالمستشفى ، وحملت فى جيوبها وحقيبتها أوراق كتب على كل ورقة منها رقم أربعة وهكذا ، ولم يكن مسموحًا لها بالهرب من كل ذلك . وقد حققت شفاءً ملموساً بسرعة كبيرة .

بعض الاعتبارات العملية

كثافة العلاج

بأى قدر من الكثافة يتعين أن يكون عليه علاج هؤلاء المرضى ؟ تتضمن بعض البرامج الأكثر نجاحًا علاجًا مكثفًا للغاية ، وتصف فوا وتيلمانز Foa and Tillmanns (1980) على سبيل المثال برنامجا مثيرًا كانت جلسات العلاج خلاله يومية تقريبًا ، وعلى مدى أسبوعين خلال المراحل الأولى . ومن الواضح فى كل من التراث والخبرة الأكلينيكية أن جلسات تتم مرة كل أسبوع أو أسبوعين للمرضى الخارجيين تعد ترتيبات غير مرضية لهؤلاء المرضى (انظر بالرغم من ذلك : Emmelkamp , 1992 ; Kirk , 1983) والواقع أن العلاج المكثف قد يتطلب الإقامة فى المستشفى ، وإذا كان من الضرورى القيام بعلاج مكثف

للمرضى الخارجيين فيتعين وضع الترتيبات اللازمة لجلسات متكررة . وكذلك ترتيبات تهدف الحصول على معونة ومساندة الاشخاص الأساسيين فى حياة المريض ، مثل : الزوج أو الزوجة أو أحد الوالدين أو صديق.

اتجاهات المعالج

يتساوى فى الأهمية مع ما سبق ضرورة إظهار المعالج وغيره من المشاركين فى الموقف اتجاه متسق وحاسم ، وليس من غير المعتاد أن يريد المريض تخفيف إجراءات العلاج أو الروغان من متطلباته ، وإبداء فريق العلاج قدراً من الفهم والتعاطف ، والحسم فى الوقت نفسه أمر ضرورى ، كما أن السماح بتقديم أية تنازلات خاصة لمريض الوسواس القهرى مرة واحدة خلال البرنامج ، هو أحد الأسباب الشائعة لفشل العلاج .

وأحياناً ما يقدم المعالج والأسرة أو أيهما تنازلات على سبيل الحل الوسط ، أو باعتبارها الطريقة الوحيدة ، التى يمكن ان تؤدى إلى استمرار المريض فى العلاج ، وهو ما يؤدى فقط إلى عدم تحقيق المريض لأى تقدم أو يؤدى إلى تحسن محدود أو بطيء ، ينتهى بفقدان المريض والأسرة للدافعية والإيمان بجدوى العلاج .

وكان لدى طالبة فى السابعة عشر من عمرها وساوس قهرية ، حول التلوث من الصديق الجديد لأختها ، وكانت تتجنب أى شيء تشعر أنه لمسه وأتصل به ، وتنغمس فى الأغتسال وتنظيف نفسها بإفراط للقضاء على أى مخاوف من التلوث . وعلى الرغم من موافقتها على التعاون فى برنامج للعلاج ، فقد كانت تعترض لدى فريق المستشفى باستمرار على قسوة النظام ، وتطلب منحها تنازلات ، وكان أحد التنازلات التى قدمها الفريق نتيجة لشعورهم الواضح أنها لن تستمر فى التعاون دونه ، هو السماح لها باستخدام المناديل الورقية المبللة لتنظيف يديها ، حيث كان الاغتسال محرماً عليها ، وقد أدى ذلك بشكل حسن إلى استمرار تعاونها ، إلا أنه أفسد البرنامج بصورة حاسمة حتى أنه أصبح مجمداً .

مشاركة الأسـرة

من الأمور المعتادة فى العلاج طلب معونة الأسرة أو معونة الشخصية المحورية فى حياة المريض، حتى بالنسبة للمرضى المقيمين فى المستشفى . وذلك للمساعدة بقدر المستطاع فى توافق المريض بعد خروجه من المستشفى ، ويحتاج المرضى الذين يعانون من إعاقة حادة نتيجة لمشكلاتهم وقيامهم بتطوير نمط معيشى محدود أو شائه ؛ لتوطيد وإعادة تكوين أساليب أداء سوية . ومن المعتاد بالنسبة لأصحاب الاعاقات الحادة من مرضى الوساوس القهرية أن لا يتسع وقتهم غالباً للأنشطة الاجتماعية والترفيهية ، ويؤدى تحسنهم بعد العلاج لتوفر قدر كبير من وقت الفراغ لديهم الخالى من الانشطة ، ويتطلب الامر تطوير انشطة جديدة ، بل وربما نمط جدى من الحياة ، ويحتاج كل ذلك لتعاون مستمر ومساندة اولئك الذين يشاركونهم فى بيئتهم المنزلية .

الحاجة إلى منحى متسق

تبدو الحاجة ضرورية فى أى برنامج علاجى ، سواء للمرضى المقيمين فى المستشفى أو المرضى الخارجيين لوجود منحى متسق للتعامل مع المريض أو الاقتراب منه ، ومن مشكلاته من جانب كل

المشاركين ؛ فعلى سبيل المثال يحتاج كل أفراد فريق المستشفى المحيطين والمتصلين بالمريض لأن يكونوا على دراية تامة ببرنامج المريض ، وما هو المسموح به ، وما هو غير المسموح به ، وينطبق الأمر نفسه على أفراد الأسرة . من ذلك أن إحدى الخصائص الشائعة لدى مرضى الوساوس القهرية ، هو طلبهم التأييد من الأخرين (مثال ذلك أن يسألوا : هل تعتقد أننى أغلقت النافذة جيداً ؟ هل أنت متأكد أن كل شيء سيكون على مايرام ، اذا لم اغسل يداى ؟) وبقدر تقديم هذه التأكيدات للمريض بقدر ما يؤثر ذلك سلباً فى اهداف برنامج العلاج ، كما أن خفض القلق / عدم الراحة بوسائل خارجية كهذه لا يسمح بالتالى بتبديده إذا يتعين أن يكبح لدى المريض بكل الوسائل المتوافرة فى بيئته . والإجابة الجيدة لمطالب المريض هذه للحصول على تأكيدات هى أن تقال له عبارات ، مثل هذه : لقد اتفقنا على أن لا نتكلم فى هذا الأمر . أليس كذلك ؟ .

معاونة الأسـرة

ربما تكون المشكلات بالنسبة للأسرة أكثر خطورة وتعقيداً ، وعادة ما ينجح مريض الوسواس القهرى تدريجيًا فى اقرار نوع من الهيمنة على حياة كل المقيمين معه فى المنزل ، فى أمور النظافة ، وتناول الطعام ، واغلاق الابواب ، وارتداء الملابس ، وغيرها مما يتعين أن يجرى وفق رغباته ، وتقبل أساليب المريض التجنبية لبعض أشكال السلوك والمواقف ، وينحنى أمامهاأفراد الأسرة ، ولا يجرؤ أحد على تحديه أو تحديها ، وعادة ما يحدث ذلك كسلوك توافقى بعد المقاومة المبكرة وسوء التفاهم الذى يؤدى إلى المشاجرات وسورات الغضب ، كما يحدث أيضاً كنوع من التعاطف ، وتثير العجب بالفعل تلك الطريقة التى يسمح من خلالها لمريض الوسواس القهرى بالتحكم فى نمط معيشة كل أفراد الأسرة . وعلى هذا ففى العلاج وفى التأهيل التالى على العلاج ، تواجه الأسرة مهام متعددة للتأهل لحياة أكثر سواء ، ويبرهن كسر حلقة هذه الأنماط التى استقرت ، مهما كان مقدار سخافتها أو عدم معقوليتها ، على أنها بالقدر نفسه من الصعوبة لدى العائلة كما هى لدى المريض . وتكون المناقشات المشتركة مع الأسرة والمريض وجلسات التدريب مع المعالج المسئول ، إذا تطلب الأمر ذلك ، بمثابة خطوة إضافية ، ستبرهن على أن وراءها فائدة محققة .

علاج الظواهر الوسواسية المضمرة

يحتاج علاج الظواهر الوسواسية المضمرة لأن يناقش كمشكلة منفصلة ، وهو لسوء الحظ الحالة التى يكون نجاح العلاج فيها غير مثير بالقدر ، الذى نجده فى حالة الوساوس المكشوفة ، التى سبق مناقشتها .

(de Silva and Rachman , 1992 ; Rachman , 1978 ; Salkovskis and Westbrook , 1989)

الاستراتيجيات الرئيسية

الاستراتيجية العلاجية الرئيسية المستخدمة للظواهر الوسواسية المضمرة هى اعتراض الأفكار ، والتحكم فى الأفكار المصاحبة ، والكف / الإشباع .

اعتراض الافكـار

اعتراض الأفكار أسلوب سهل يدرب فيه المريض على وضع نهاية للأفكار غير المرغوب فيها، بواسطة أمر بسيط يصدره (مثال ذلك 1991 , Kirk , 1983; Stern , 1970 ; Wolpe , 1985) وفى

المرحلة الأولى يتعين على المعالج أن يجعل المريض يجلس أو يرقد مسترخيا ، ثم يعطيه تعليمات باستحضار الأفكار موضوع المشكلة ، ويطلب منه تنبيهه لظهور الفكرة بإعطائه إشارة كأن يرفع إبهامه مثلا ، وعندما يستحضر المريض الفكرة يصيح المعالج بصوت مرتفع للغاية « توقف » ، ويمكن أن يصحب هذا الأمر منبه صوتى آخر مثل الضرب بمسطرة على المائدة ، ويكرر الإجراءات عدة مرات . وفى المرحلة التالية يتعين أن يصدر المريض بنفسه أمر التوقف ، وفى المرحلة الأخيرة التى تستغرق عادة بين ثلاث إلى أربع جلسات من العلاج يصبح الأمر الذاتى شبه لفظى ، ويوصى بعض المعالجين بإضافة منبه منفر للمريض لاستخدامه فى الأمر الذاتى بالتوقف ، وعادة ما يستخدم شريط مطاطى يحيط بالرسغ ، يتم شده وإطلاقه فى كل مرة (مثال ذلك : Bass , 1973; Mahoney , 1971) . وتتضمن الأشكال المتنوعة لإعتراض الأفكار إجراءات لتحويل الأفكار ، يدرب من خلالها المريض على طرد الأفكار غير المرغوبة وإحلال أخرى بدلاً منها ، كما يشجع المريض على التحكم فى الأفكار ، من خلال تدريبة على طرد واستعادة الأفكار موضوع المشكلة كوسيلة للتوصل إلى تحكم اختيارى فى الأفكار الدخيلة (Daniels , 1976 ; Sturgis and Meyer , 1981) ، وتبدو نتائج اعتراض الأفكار متباينة وفق ما نشر منها (مثال ذلك : Tryon , 1979 ; Stern , 1978) . ومن الواضح أن بعض المرضى يستفيدون منه ، والبعض الاخر لا يستفيد ، وتشير التقارير التى نشرها كيرك Kirk (1983) وتيرنر وزملاؤه Turner (1983) حول فائدتها إلى أنها مشجعة ، وتحتاج للمزيد من البحوث قبل التوصل لأستخلاصات حاسمة حولها .

التدريب على الاعتياد

غالباً ما تعد إجراءات الإشباع / الاعتياد نقيضاً لاعتراض الأفكار ؛ حيث يطلب فيها من المريض استحضار الفكرة ، وأن يتمسك بها دون أن يفقدها ، وأن ينشغل بالتعمق فيها (Rachman , 1976; Rachman and Hodgson, 1980) وتستمر إطالة التعرض للفكرة بهذه الطريقة لعدة دقائق فى كل مرة (Likierman and Rachman , 1982) ، كما تم استخدام أسلوب إطالة فترة التعرض لساعة أو أكثر (مثال:, Emmelkamp , 1982 ; Emmelkamp and Kwee , 1977; Gurnani and Vaughan , 1981) ويتعين أن يتم ذلك تحت شرط الاسترخاء (مثال ذلك Rachman , 1970) ، وقد يحتاج المريض للمساعدة فى استحضار الفكرة والاحتفاظ بها ، دون أن تهرب منه ، وهو ما يبدو متناقضاً مع طبيعة الأمر . ومن المساعدات المناسبة لهذا استخدام الأشارات التنبيهية اللفظية والتعرض المادى للمنبه المثير، إذا كان هناك مثل هذا المثير المادى ، وأعادة استماع المريض لشريط مسجل بصوته أو جعله يكرر كتابة الفكرة لمدة ساعة فى كل جلسة (Farkas and Beck 1981 ; Salkovskis and Westbrook , 1989) . ويتعين إضافة ملحوظة حول التمييز بين الإشباع ، والذى يستمر التعرض خلاله للفكرة ؛ حتى تصل لعدم القدرة على إثارة أى رد فعل ، وبين الاعتياد والذى يتم التعرض فيه للفكرة مرات متكررة ، ففى تدريبات الاعتياد يتعين أن يتضمن التعرض لا الفكرة وحدها فقط ، بل والتعرض لتخيلات الكوارث المترتبة عليها ، إذا كان لشيء من ذلك وجود (مثال ذلك : Crook and Charney , 1982) ، وتعد نتائج تدريبات الاشباع / الاعتياد وأساليب التعرض الأخرى مشجعة بصفة عامة . (مثال ذلك : , Parkinson and Rachman , 1980 ; Emmelkamp and Kwee , 1977 ; Rachman , 1976; Rachman and Hodgson , 1980 ; Salkovskis and Westbrook , 1989) وإن كانت غير حاسمة حتى الآن (مثال ذلك : Likerman and

(Rachman , 1982 . وكما هو الحال فى اعتراض الأفكار.. هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات الأكثر ضبطاً، قبل التوصل إلى نتائج قاطعة .

التعرض للمثيرات

يمكن إستخدام التعرض للمثيرات كعامل مساعد لاستدعاء الفكرة إلى عقل المريض ، كما أشرنا إلى ذلك من قبل ، أو كأستراتيجية علاجية رئيسية فى منظومة التسكين عندما يكون ذلك مناسباً . ويمكن الأخذ بهذه الأستراتيجية الأخيرة فى الحالات ، التى يوجد فيها مثير جوهرى واضح يقوم المريض بتجنبه.

التطابق بين الظواهر الاستراتيجية العلاجية

يبدو من المهم الاعتراف بأن بعض الحالات السابق عرضها باعتبارها حالات تتضمن وساوس ، بمعنى أنها دون أفعال قهرية ، قد تتضمن فى الواقع سلوكا قهريا (انظر الفصل الثالث) ، وعندما توجد هذه الحالة ، فمن الضرورى منع القيام بهذا السلوك القهري بعد التعرض للفكرة ، وعندما يكون السلوك القهرى مُضمراً تمـاماً وهو الأمر الأكثر حدوثًا ، فمرة أخرى يصبح منع ظهوره ضرورياً . (مثال ذلك: de Silva and Rachman , 1992 ; Emmelkamp and Kwee , 1977 ; Rachman , 1976 ; Rachman and Hodgson , 1980) وهو أمر يبدو تحقيقه اكثر صعوبة من منع الطقوس العلنية حيث لا يتوافر لدى المعالج تحكم مباشر فيه أو حتى أقتراب مباشر من الظواهر موضوع المشكلة ، كما أن قدرة الفرد ذاته على التحكم فى السلوك المضمر محدوده بالمثل بالمقارنة بالسلوك المكشوف. وينطبق الأمر نفسه على الحالات التى تتضمن ببساطة سلوكا قهرياً علنياً . وبالإضافة إلى تدريب المريض على كيفية عدم الأنخراط فى السلوك القهرى المُضمر بمجرد أن يظهر الحاجة ، فقد يكون من المهم توفير قدر إضافى من المساعدة بواسطة أعطاء المريض بعض مطالب فى شكل مهام عقلية مشتتة مثلاً . وهنا يمكن أن يكون لأسلوب اعتراض الافكار دور مفيد على وجه الخصوص كأداة لأعتراض الأحداث الداخلية غير المرغوبة ،وبالتالى ففى موقف نمطى من هذا النوع ، يتعين تعريض المريض للمثير و/ أو الوسواس ، وبذا فإن إلحاح الانخراط فى الطقوس المضمرة يستثار ، إلا أن المريض سيدرب بوضوح ويعاون على عدم القيام بها . وكان لدى أمرأة فى اواسط العمر وسواس قهرى ، عبارة عن عملية تصحيح عقلية لأى شكل تراه غير متماثل وذلك بتخيلها له فى صورة متماثلة ، وهى تفعل ذلك على الفور فى كل مرة تراه فيها أو تتذكره.

وكان هذا السلوك القهرى المضمر يحدث مراراً وتكراراً ، حتى تشعر أنها قد وضعت الشكل فى الوضع الصحيح ، وقد تضمن العلاج تعريضها لأنماط غير متماثلة ؛ حيث كانت توجه إليها التعليمات للنظر اليها بعناية ، ثم يتم أعتراض أفكارها أو صورها العقلية ، من خلال تطبيق أسلوب للاعتراض الذاتى للأفكار ، كما استخدمت معها أيضاً مشتتات هندسية .

ويمكن الزعم أنه من المتوقع الحصول على نتائج أفضل من هذه النتائج الأكلينيكية المتاحة حتى الآن ، وذلك من خلال إحداث تطابق جيد بين الاستراتيجية العلاجية ونمط المشكلة الوسواسية المضمرة (أنظر Rachman , 1982) ، وغالبًا ما يقدم التراث الأكلينيكى التجريبى وصفاً لعلاج الأفكار الوسواسية وغيرها بأستخدام أسلوب أعتراض الافكار أو التدريب على التعود .

وإذا بذل قدر من الجهد للتأكد من أن اعتراض الافكار - والذى يعد إجراءً معوقاً أو مُوقفًا للاستجابة - يستخدم فى الحالات التى تتضمن طقوساً مضمرة ، وأن التدريب على الاعتياد يستخدم فى حالات عدم الراحة الناجمة عن الوساوس ، فقد يمكن فى هذه الحالة التوصل إلى نتائج مرضية بقدر أكبر (Foa and Stektee 1979 ; Rachman , 1982) ولا يعنى هذا بالطبع إدعاء أن مثل هذا التميز والتطابق مما يسهل تحقيقه ، وإنما نقدمه هنا فقط للإشارة إلى المزايا النظرية لمثل هذا المنحى ، بالإضافة إلى أنه يتوازى مع نتائج العلاج الناجح بشكل عام للمرضى ذوى الوساوس العلنية .

مشكلة الصور العقلية

تأخذ الوساوس فى بعض الحالات شكل الصور الذهنية (انظر جدول ١ - ٣ ، ص ٦٢) وعندما تكون مشكلة المريض الرئيسية عبارة عن صوره مقتحمه ، يمكن استخدام أسلوب خاص . ومع بعض التدريب يستطيع المرء أن يتعلم كيف يتعامل ويشكل الصوره العقليـة للفرد ، وقد أظهـر الأسويـاء خـلال التجارب قدرتهم على تـدويـر وتكبير وتصغير صورهم البصرية والتلاعب بها (مثال ذلك: Kosslyn , 1980) ويمكن تحسين هذه الإمكانية بالممارسة . وعندما يشكو مريض بالوسواس القهرى من صورة ذهنية مكررة ، يمكن تدريبه على التعامل مع الصورة بتعديلها بصور مختلفة (de silva , 1986) وكان لدى مريض صور ة ذهنية مقتحمة غير مرغوب فيها ، تتضمن وجوه كلاب ، وقد درب المريض على تصغير هذه الصورة ، وبالممارسة اكتسب القدرة على جعل الصورة أصغر وأصغر إلى أن أصبحت نقطة غير مرئية . مريض آخر كان يشكو من صورة مكررة لمنظر رعب ، ثم درب على التركيز على تفصيله طرفيه فيه ، ثم القيام بتكبيرها ، وبهذه الطريقة أصبح من الممكن جعل هذا الجزء من الصورة الذى لايستثير عدم الراحة أكبر وأكبر ، كما أصبح الجزء المثير لعدم الراحة مغموراً فى فراغ الصورة ، وغالباً ما تكون الأسـاليب المشابهة فعالة نتيجة للقـدرة على التحـكم ، التى يشعر المريض أنه قادر على استخدامها (de Silva and Rachman, 1992) .

الجوانب العملية فى العلاج

يمكن فى إطار الاعتبارات العملية فى العلاج التعامل مع ظاهرة الوساوس المضمرة لدى المرضى غير المقيمين فى المستشفى ، وذلك باستثناء الحالة التى تكون الوساوس فيها متغلغلة فى حياة المريض بالكامل ، وأدت إلى سلوك تجنبى شامل ،أو أخذت صورة هذا السلوك التجنبى . ومن الأمور ذات الأهمية فى هذا الشأن سلوك المريض الساعى للحصول على التأكيد ، فعندما تكون طبيعة التفكير هى الشك ، فقد يطلب المريض بشكل مستمر تأكيدات من أفراد الأسرة أو من المعالجين لكى يحصل على راحة وقتية ، وتتخذ الإجراءات ، فى برنامج العلاج المخطط جيداً لمنع إعطاء التأكيدات للمريض ، سواء بواسطة العائلة أو بواسطة أى من الأشخاص ، ذوى الأهمية الخاصة لديه .

علاج وساوس الابطـاء

تأتى أخيراً المجموعة الفرعية من المرضى التى ينطبق عليهم الوصف الأولى أن لديهم وساوس إبطاء (أنظر ص ٦٥) ويجب علاج هذه المجموعة بحزمة من الأساليب ، تتضمن تنظيم إيقاع السرعة والحفز والتشكيل والنمذجة والعائد ، وتحديد الأهداف ، ثم المكافآت اللفظية كعناصر إضافية . (Rachman , 1974 ; Rachman and Hodgson , 1980 ; Bilsbury and Morley , 1979)

ويحتاج هؤلاء المرضى لقدر كبير من العناصر العلاجية ، تقدم أساساً فى المستشفى ، بالإضافة إلى علاج منزلى ، إضافة إلى ذلك فهم يحتاجون إلى عديد من جلسات التدعيم المنتظمة ؛ حتى يمكنهم المحافظة على ما حققوه من شفاء ، وقد يكون تحسنهم بطيئاً مع فترات ممتدة ، لا تتضمن أى تحسن لبعض الوقت .

المناحى الجماعية

بينما يستخدم العلاج الجماعى فى علاج الكثير من الاضطرابات ، إلا أن استخدامه محدود بين الأخصائيين الاكلينيكيين الذين يعالجون مرضى الوساوس القهرية . وهناك بعض الدلائل الحديثة على أن المنحى الجماعى يمكن أن يكون مفيداً لكل من مرض الوساوس القهرية وأسرهم باعتباره مساندًا للعلاج الفردى . (Tynes et al ., 1992 ; Van Noppen et al ., 1991) ، أما استخدام العلاج الجماعى بديلا عن العلاج الفردى فيعد من الأمور غير المبررة .

العلاج الذاتى والتعليم

ظهرت حديثاً دعوة ترى أن الكثير من إجراءات العلاج السلوكى للوسواس القهرى يمكن للمريض أن يقوم بها بنفسه ، مع قدر قليل من مشاركة المعالج (مثال ذلك Hoogduin and Hoogduin , 1984). وفى الكثير من برامج العلاج يدعم العلاج فى العيادة من خلال جلسات علاجية أخرى ، يعقدها المريض لنفسه وأحيانًا ما تشمل أفراد الأسرة . وعلى أى الأحوال فمشكلات المريض ستظل فى حاجة لتقييمها بعناية بواسطة معالج ذو خبرة ، كما يتعين أن يكون العلاج تحت الإشراف ، وفيما عدا بعض الحالات البسيطة ، فلا ينصح بالعلاج الذاتى دون إشراف .

وعلى أى الأحوال .. فإن أحد الجوانب المهمة لأى برنامج علاجى شامل ، يتعين أن يكون تعليم المريض وأفراد الأسرة وبقية الأشخاص ذوى الأهمية الخاصة لديه كل شيء حول هذا الاضطراب ، طبيعته وعلاجه ، وإرشادهم لبعض القراءات المناسبة يعد من الأساليب المفيدة هنا ، ومن بين الكتب التى أعدت لهذا الغرض كتب دى سيلڤا ورخمان (1992) de Silva and Rachman، وفوا وويلسون Foa and Wilson (1991) وجريست Greist (1989) وماركس Marks (1978)

بعض أساليب العلاج السلوكى الأخرى

سنشير بهدف استكمال العرض باختصار إلى بعض أشكال العلاج السلوكى الأخرى ، التى تستخدم لعلاج مرضى الوساوس القهرية .

التنفير

استخدم العلاج بالتنفير بواسطة صدمات كهربائية خفيفة (مثال ذلك Kenny et al ., 1973) . كما سبق الإشارة إلى استخدام شريط مطاطى يحيط بالرسغ ، مع طريقة اعتراض الأفكار (انظر ص ٩٣) ، وهو ما يمكن اعتباره نوعًا من العلاج بالتنفير .

التخلص من المنفر

هناك أيضاً تقارير حول العلاج بالتخلص من المنفر ، وحيث تستخدم طريقة وقف المنبه المنفر مثل الصدمات الكهربائية بوصفها المتغير الأساسى ، الذى يستخدم لعقد علاقة بين السلوك المستهدف والأستجابة الانفعالية المرتبطة به عادة (مثال ذلك : Solyom , 1969) .

مراقبة الذات

تعد مراقبة الذات جانباً مهماً فى عملية التقييم ، ودائماً ما كان لها تأثير علاجى (Nay , 1979) ، وقد أظهرت قابليتها لبعض الاستخدام مع هذه المشكلات (Paquin , 1979) .

التحكم في العوامل المصاحبة

أخيراً يتعين أن يؤخذ فى الاعتبار استخدام أسلوب التحكم فى العوامل المصاحبة ، فالوساوس مثلها مثل أى سلوك آخر تقبل التحليل الوظيفى (انظر الفصل الأول) ، وعلى هذا الأساس فإن أى برنامج علاجي يمكن تخطيطه وتنفيذه فى إطار التشريط الفعال ، وبهذا يكون جوهر البرنامج هو تحديد العوامل المصاحبة التى تؤدى الى استمرار وتشجيع أشكال السلوك غير المرغوبة ، ثم إزالة هذه العوامل وتطوير وتقوية البدائل السلوكية بواسطة التدعيم (مثال ذلك : Queiroz et al ., 1981 ; Vingoe , 1980 ; Vogel et al., 1982) ودائماً ما يستخدم هذا المنحى فى الممارسة الإكلينيكية كجزء من البرنامج العلاجى الأساسى ، مثال ذلك التأكيد على عدم استجابة افراد الأسرة لمطالب المريض ذات الأساس الوسواسى ، ومن ناحية أخرى .. فإن أى منحى يعتمد كلية على التحكم فى المصاحبات القائمة بين أشكال السلوك المرضى والعوامل الخارجية لايبدو مناسباً .

العوامل التى تعزى إليها النتيجة العلاجية الضعيفة

سبق إيضاح أن الاكتئاب الحاد يمكن أن يؤدى إلى فشل العلاج السلوكى لمرضى الوساوس القهرية (Foa et al., 1983) ، ويشير ذلك إلى الحاجة لعلاج إكتئاب هؤلاء المرضى كجزء من الخدمة العلاجية الشاملة وتوصى نتائج البحوث التى ربطت بين القلق الاولى المنخفض ، والعائد الجيد للعلاج (Ibid) أن خفض القلق بواسطة أساليب كالأسترخاء يمكن أن يكون مفيداً ، وقد وجدت فوا (١٩٦٩) أيضاً أن بعض المرضى الذين يعتقدون أن وساوسهم أو معتقداتهم المتعلقة بوساوسهم واقعية (بمعنى أنهم يقيِّمون هذه المعتقدات بأكثر مما تستحق) يميلون لتحقيق نتائج علاجية ضعيفة . ودلالات نتائجها غير واضحة فى الوقت الراهن ، نتيجة لشيء مهم هو إمكانية تقييم معتقد ما على أنه اعتقاد جازم ، أو أنه جزء من مشكلات المريض ، كما أن هناك صعوبات واضحة فى عملية تحديد إذا ما كان معتقد معين لدى مريض وسواسى مبالغ فيه ام لا . فعلى سبيل المثال ما الذى يميز بين مثل هذا المعتقد وفكرة هذائية ؟ فإذا تأيدت هذه الوجهة من النظر بواسطة بحوث أكثر ، واتضحت بالقدر الكافى الذى يجعلها مفيدة ، فربما يوضع فى الاعتبار دور إضافى فى العلاج ، يختص به العلاج المعرفى .

وقدم كل من ماكفال وولرشايم Mcfall andWollersheim (1979) ، وكذلك قدم سالكوفسكيس وارڤيك Salkovskis and Warwick (1988) - وإن كان ما قدماه من وجهة نظر مختلفة - أطراً تجريبية أولية للعلاج المعرفى لاضطراب الوساوس القهرية ، وقد قدم المؤلفان الأخيران مناقشة لكيفية التعامل مع الهذاءات ذات الطبيعة المعرفية .

قبول العلاج والامتثال له

أحياناً ما يجد المرضى أن العلاج على درجة من الصعوبة لا يستطيعون قبولها ، وقد ذكر فريق جامعة تمبل Temple (Steketee et al ., 1982) أن ٢٥ فى المئة من المرضى ، الذين طلبوا العون من مركزهم رفضوا قبول الحزمة العلاجية المقدمة ، وقد قدمت لهم مغريات لبرنامج مخفف ، يحظى بموافقتهم

إلا أن هذا مما لا ينصح به ، فمثل هذا البرنامج يؤدى إلى الحد الأدنى من النتائج ، ويسمح التقدير الأكلينيكى الذى يقوم به المعالج بقدر معين من المرونة ، دون السماح بحلول وسطى تراجعية ، إلا أنه يتعين على المعالج - فى نهاية الأمر - أن يستخدم براعته لإغراء المرضى لقبول العلاج . وإحدى الأستراتيجيات المفيدة فى هذا أن يوفر لمثل هؤلاء المرضى الفرصة لمناقشة العلاج مع الأشخاص ، الذين سبق علاجهم بنجاح ، وحتى بعد ذلك سيظل هناك بعض المرضى ، غير القادرين على قبول ما يقدم لهم .

References

Bass, B. A. (1973) 'An unusual behavioral technique for healing obsessional ruminations', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 10: 191–2.

Baum, M. (1969) 'Extinction of an avoidance response following response prevention: some parametric investigations', *Canadian Journal of Psychiatry* 23: 1–10.

Baum, M. (1970) 'Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding)', *Psychological Bulletin* 74: 276–84.

Bilsbury, C. and Morley, S. (1979) 'Obsessional slowness: A meticulous replication', *Behaviour Research and Therapy* 17: 405–8.

Cawley, R. H. (1974) 'Psychotherapy and obsessional disorders', in H. R. Beech (ed.) *Obsessional States*, London: Methuen.

Chiocca, E. A. and Martuza, R. L. (1990) 'Neurosurgical therapy of obsessive-compulsive disorder', in M. A. Jenike, L. Baer and W. E. Minichiello (eds) *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd edn*, Chicago: Year Book Medical Publications.

Cobb, J. (1992) 'Serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: What is their therapeutic role?', in K. Hawton and P. Cowen (eds) *Practical Problems in Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Cobb, J. and Kelly, D. (1990) 'Psychosurgery: Is it ever justified?', in K. Hawton and P. Cowen (eds) *Dilemmas and Difficulties in the Management of Psychiatric Patients*, Oxford: Oxford University Press.

Crook, J. O. and Charney, D. L. (1982) 'A new technique for treating obsessions: paradoxical practice with cassette recorder', in R. L. Du Ponty (ed.) *Phobia*, New York: Brunner/Mazel.

Daniels, L. K. (1976) 'An extension of thought-stopping in the treatment of obsessional thinking', *Behavior Therapy* 7: 131.

de Silva, D. (1978) 'Behaviour therapy for obsessional neurosis', *Nursing Mirror* 146: 15–17.

de Silva, P. (1986) 'Obsessional-compulsive imagery', *Behaviour Research and Therapy* 24: 333–50.

de Silva, P. and Rachman, S. (1992) *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts*, Oxford: Oxford University Press.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Emmelkamp, P. M. G. and Kwee, K. (1977) 'Obsessional ruminations: a comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination', *Behaviour Research and Therapy* 15: 441–4.

Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. and Scholing, A. (1992) *Anxiety Disorders: A Practitioner's Guide*, Chichester: Wiley.

Eysenck, H. J. (1952) 'The effects of psychotherapy: An evaluation', *Journal of Consulting Psychology* 16: 319–24.

Farkas, G. M. and Beck, S. (1981) 'Exposure and response prevention of morbid ruminations and compulsive avoidance', *Behaviour Research and Therapy* 19: 257–61.

Fenichel, O. (1946) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, London: Kegan Paul.

Foa, E. B. (1979) 'Failure in treating obsessive-compulsives', *Behaviour Research and Therapy* 17: 169–76.

Foa, E. B. and Goldstein, A. (1978) 'Continuous exposure and strict response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behavior Therapy* 9: 821–9.

Foa, E. B. and Steketee, G. (1979) 'Obsessive-compulsives: Conceptual issues and treatment interventions', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification, Vol. 8*, New York: Academic Press.

Foa, E. B. and Tillmanns, A. (1980) 'The treatment of obsessive-compulsive neurosis', in A. Goldstein and E. B. Foa (eds) *Handbook of Behavioral Interventions: A Clinical Guide*, New York: Wiley.

Foa, E. B. and Wilson, R. (1991) *S.T.O.P. Obsessing: How to Overcome Your Obsessions and Compulsions*, New York: Bantam Books.

Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M. and Fischer, S. C. (1980) 'Effects of imaginal exposure in feared disasters in obsessive-compulsive disorders', *Behaviour Research and Therapy* 18: 449–55.

Foa, E. B., Grayson, J. B. and Steketee, G. (1982) 'Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives', in J. Boulougouris (ed.) *Learning Theory Approaches to Psychiatry*, New York: Wiley.

Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M. and Latimer, P. R. (1983) 'Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 287–97.

Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B. and Doppelt, H. G. (1982) 'Treatment of obsessive-compulsives: Where do we fail?' in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Foa, E. B., Steketee, G. S. and Ozarow, B. J. (1985) 'Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment', in M. Mavissakalian, S. M. Turner and L. Michelson (eds) *Obsessive-Compulsive Disorder: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Plenum Press.

Furst, J. B. and Cooper, A. (1970) 'Failure of systematic desensitization in two cases of obsessional-compulsive neurosis marked by fear of insecticide', *Behaviour Research and Therapy* 8: 203–6.

Goodman, W. K., McDougle, C. J. and Price, L. H. (1992) 'Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 53 (4 supplement): 29–37.

Greist, J. H. (1989) *Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide*, Madison, Wis.: Anxiety Disorders Centre.

Greist, J. H. (1992) 'An integrated approach to treatment of obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 53 (4 supplement): 38–41.

Gurnani, P. D. and Vaughan, M. (1981) 'Changes in frequency and distress during prolonged repetition of obsessional thoughts', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 79–81.

Hackman, A. and McClean, C. (1975) 'A comparison of flooding and thought-stopping treatment', *Behaviour Research and Therapy* 13: 263–9.

Hoogduin, G. A. C. and Hoogduin, W. A. (1984) 'The out-patient treatment of patients with obsessive-compulsive disorder', *Behaviour Research and Therapy* 22: 455–9.

Insel, T. R. (1990) 'New pharmacologic approaches to obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 51 (10 supplement): 47–51.

Jenike, M. A. (1990) 'Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder', in M. A. Jenike, L. Baer and W. E. Minichiello (eds) *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd Edition*, Chicago: Year Book Medical Publications.

Kenny, F. T., Solyom, L. and Solyom, C. (1973) 'Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis', *Behavior Therapy* 4: 448–57.

Kirk, J. W. (1983) 'Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice', *Behaviour Research and Therapy* 21: 57–62.

Kosslyn, S. (1980) *Image and Mind*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Likierman, H. and Rachman, S. (1980) 'Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects', *Behaviour Research and Therapy* 18: 387–94.

Likierman, H. and Rachman, S. (1982) 'Obsessional ruminations: An experimental investigation of thought-stopping and habituation training', *Behavioural Psychotherapy* 10: 324–38.

McFall, M. E. and Wollersheim, J. P. (1979) 'Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment', *Cognitive Therapy and Research* 3: 333–48.

Mahoney, M. J. (1971) 'The self-management of covert behavior: a case study', *Behavior Therapy* 2: 575–8.

Maier, N. R. F. (1949) *Frustration*, New York: McGraw-Hill.

Maier, N. R. F. and Klee, J. B. (1945) 'Studies of abnormal behavior in the rat XVII: Guidance versus trial and error in the alteration of habits and fixations'

Marks, I. M. (1978) *Living With Fear*, New York: McGraw-Hill.
Marks, I. M., Hodgson, R. and Rachman, S. (1975) 'Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by *in vivo* exposure', *British Journal of Psychiatry* 127: 349–64.
Meyer, V. (1966) 'Modification of expectations in cases with obsessional rituals', *Behaviour Research and Therapy* 4: 273–80.
Meyer, V., Levy, R. and Schnurer, A. (1974) 'The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders', in H. R. Beech (ed.) *Obsessional States*, London: Methuen.
Minichiello, W. E. (1990) 'Clinical case examples of behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder', in M. A. Jenike, L. Baer and W. E. Minichiello (eds) *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd Edn*, Chicago: Year Book Medical Publications.
Nay, W. R. (1979) *Multimethod Clinical Assessment*, New York: Gardner Press.
O'Callaghan, M. A. J. and Carroll, D. (1982) *Psychosurgery: A Scientific Analysis*, Lancaster: MTP Press.
Paquin, M. J. (1979) 'The treatment of obsessive compulsions by information feedback: A new application of a standard behavioral procedure', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16: 292–6.
Parkinson, L. and Rachman, S. (1980) 'Are intrusive thoughts subject to habituation?' *Behaviour Research and Therapy* 18: 409–18.
Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J. and Murphy, D. L. (1988) 'Return of symptoms after discontinuation of domipramine in patients with obsessive-compulsive disorder', *American Journal of Psychiatry* 145: 1521–5.
Queiroz, I. O., Motta, M. A., Madi, M. B., Sissai, D. L. and Boren, J. J. (1981) 'A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related therapeutic procedures', *Behaviour Research and Therapy* 19: 377–88.
Rachman, S. (1971) 'Obsessional ruminations', *Behaviour Research and Therapy* 9: 229–35.
Rachman, S. (1974) 'Primary obsessional slowness', *Behaviour Research and Therapy* 12: 9–18.
Rachman, S. (1976) 'The modification of obsessions: A new formulation', *Behaviour Research and Therapy* 14: 437–43.
Rachman, S. (1978) 'An anatomy of obsessions', *Behaviour Analysis and Modification* 2: 253–78.
Rachman, S. (1980) 'Psycho-surgical treatment of obsessional-compulsive disorders', in E. S. Valenstein (ed.) *The Psychosurgery Debate*, San Francisco: W. H. Freeman.
Rachman, S. (1982) 'Obsessional-compulsive disorders', in A. S. Bellack, M. Hersen and A. G. Kazdin (eds) *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, New York: Plenum Press.
Rachman, S. and Hodgson, R. (1980) *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Rachman, S. and Wilson, G. T. (1981) *The Effects of Psychological Therapy*, New York: Pergamon.
Rachman, S., de Silva, P. and Roper, G. (1976) 'The spontaneous decay of compulsive urges', *Behaviour Research and Therapy* 14: 445–53.
Rachman, S., Hodgson, R. and Marks, I. (1971) 'The treatment of chronic obsessional neurosis', *Behaviour Research and Therapy* 9: 237–47.
Rachman, S., Cobb, J., Grey, S., McDonald, B., Mawson, D., Sartory, G. and Stern, R. (1979) 'The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders, with and without clomipromine', *Behaviour Research and Therapy* 17: 467–78.
Salkovskis, P. M. and Warwick, H. M. C. (1988) 'Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder', in C. Perris, L. M. Blackburn and H. Perris (eds) *The Theory and Practice of Cognitive Therapy*, Heidelberg: Springer.
Salkovskis, P. M. and Westbrook, D. (1989) 'Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success?' *Behaviour Research and Therapy* 27: 149–60.

Slater, E. and Roth, M. (1969) *Clinical Psychiatry* (3rd edn of W. Meyer-Gross, E. Slater and M. Roth's *Clinical Psychiatry*), London: Balliere, Tindall & Cassell.
Solyom, L. (1969) 'A case of obsessive neurosis treated by aversion relief', *Canadian Psychiatric Association Journal* 14: 523–626.
Steketee, G., Foa, E. B. and Grayson, J. B. (1982) 'Recent advances in the behavioural treatment of obsessive-compulsives', *Archives of General Psychiatry* 39: 1365–71.
Stern, R. (1970) 'Treatment of a case of obsessional neurosis using thought-stopping technique', *British Journal of Psychiatry* 117: 441–2.
Stern, R. S. (1978) 'Obsessive thoughts: The problem of therapy', *British Journal of Psychiatry* 133: 200–5.
Sturgis, E. T. and Meyer, V. (1981) 'Obsessive-compulsive disorders', in S. M. Turner, R. S. Calhoun and H. E. Adams, (eds) *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, New York: Wiley.
Tryon, G. S. (1979) 'A review and critique of thought-stopping research', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 10: 189–92.
Turner, S. M. and Beidel, D. C. (1988) *Treating Obsessive-Compulsive Disorder*, New York: Pergamon.
Turner, S. M., Hersen, M., Bellack, A. S. and Wells, K. C. (1973) 'Behavioral treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behaviour Research and Therapy* 17: 95–106.
Turner, S. M., Holzman, A. and Jacob, R. B. (1983) 'Treatment of compulsive looking by imaginal thought-stopping', *Behavior Modification* 7: 576–89.
Tynes, L. L., Salins, C., Skiba, W. and Winstead, D. K. (1992) 'A psycho- educational and support group for obsessive-compulsive disorder patients and their significant others', *Comprehensive Psychiatry* 33: 197–201.
Van Noppen, B. L., Rasmussen, S. A., Eisen, J. and McCartney, L. A. (1991) 'A multifamily group approach as an adjunct to treatment of obsessive-compulsive disorder', in M. T. Pabo and J. Zohar (eds) *Current Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*, Washington DC: American Psychiatric Press.
Vingoe, F. J. (1980) 'The treatment of a chronic obsessive condition via reinforcement contingent upon success in response prevention', *Behaviour Research and Therapy* 18: 212–17.
Vogel, W., Peterson, L. E. and Broverman, I. K. (1982) 'A modification of Rachman's habituation technique for treatment of obsessive-compulsive disorder', *Behaviour Research and Therapy* 20: 101–4.
Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.
Wolpe, J. (1991) *The Practice of Behavior Therapy, 4th edn*, New York: Pergamon.

الفصل الخامس

فحـص الاكـتئاب

Depression : Investigation

ف . ريبر   V. Rippere

الفصل الخامس

فحـــص الاكـــتئاب

ف . ريبر V. Rippere

ما المقصود بالاكتئاب ؟

يستخدم تعبير الاكتئاب بطرق مختلفة ، كأن يستخدم لوصف الحالة المزاجية ، أو لتعريف زُملة مرضية ، وباعتباره تعبيرًا تصنيفيًا فى الطب النفسى . والمزاج الاكتئابى (١) ، مألوفًا لأغلبنا إذ يعنى خبرة عدم السعادة أو الكدر (٢) ، وقد يتضمن مشاعر نفاذ الخلق (٣) (الزهق) أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض قدر الذات وفتور الهمة واللامبالاة ، وهناك قدر قليل من عدم الاتفاق جول ما الذى يشكل « المزاج الاكتئابى » ، كما أن هناك تنوعا من القوائم المتاحة لقياس درجة شدته .

وتصف الزُملة الاكتئابية (٤) تجمعًا من الأعراض ، التى تلاحظ عادة خلال الممارسة السيكايترية ، وهى تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابى ، وفقدان الأهتمام ، والقلق ، واضطرابات النوم ، وفقدان الشهية ، ونقص الطاقة والأفكار الإنتحارية ، وقد توجد فيها حالات بكاء وبطء فى الحديث والفعل ، وأحيانا ما توجد أعراض انسحابية ويعانى بعض المرضى من الهلاوس (٥) ، والتى غالبا ما تكون أصواتًا تسخر منهم ، وقد تكون لديهم هذاءات (٦) حول أنهم مسئولون عن مأسٍ رهيبة .

والاكتئاب أيضاً مفهوم تصنيفى ، وقد صيغ فى تصنيفات ثنائية متعددة (هوس - اكتئابى) (٧) كامن (٨) واستجابى (٩) ، عصابى (١٠) وذهانى (١١) على أسس من التاريخ ومن الأعراض . ويبذل حاليا جهد كبير لفحص الدلائل البيولوجية للمعاونة فى تدعيم هذه التصنيفات الأكلينيكية . ويترتب أحيانا على أساليب التشخيص المختلفة تفضيلات علاجية مختلفة مثال ذلك استخدام الصدمات الكهربائية (١٢) لعلاج مرض الاكتئاب الكامن الشديد ، أو استخدام الليثيوم (١٣) لعلاج مرض الهوس الاكتئابى .

---

(1) Depression Mood
(2) Distress
(3) Fed up
(4) Depressive syndrome
(5) Hallucinations
(6) Delusions
(7) Manic-depressive
(8) Endogenous
(9) Reactive
(10) Neurotic
(11) Psychotic
(12) ECT
(13) Lithium

ولن تعرض قضايا التصنيف فى المناقشة التالية . ففى المقام الأول لا تعد صياغة الاكتئاب بالتعبيرات السلوكية والمعرفية ذات علاقة بالفروق فى التصنيفات السيكايترية للاكتئاب . وثانيا هناك اتفاق محدود بين الملاحظين حول قيمة تعريف الأنماط الفرعية المختلفة للاكتئاب ، وثالثا فإن الاتفاق بين المحكمين المختلفين غير جيدا دائما (Kendell , 1976) ، وعلى هذا سيستخدم تعبير الاكتئاب هنا ببساطة ؛ لكى يشير إلى زملة أكلينيكية ، أو مجموعة من الأعراض تغطى التغيرات الوجدانية والمعرفية والسلوكية .

الفحص السيكومترى للاكتئاب .

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من فحوص الاكتئاب :

الأول يستخدم للأغراض التشخيصية حيث يفحص عدد من المتغيرات كالمزاج والنشاط وغيرهما، لتقرير ما إذا كان يمكن وصف العميل باعتباره مكتئباً . ونادراً ما يحدث ذلك الآن بواسطة الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين إذ غالبا مالا تتوفر لذلك أدوات (باعتبار ضعف التقنين) للقيام به بطريقة مُرضية، وتصمم أغلب الإجراءات السيكومترية بالأحرى لقياس درجة شدة الاكتئاب .

النوع الثانى مقاييس للاستخدام فى الملاحظة ، بدءاً من نقطة أساس (١) إلى التغيرات الناتجة عن العلاج سواء بالعقاقير أو العلاج السلوكى . النوع الثالث يهدف إلى تحديد مدى استعداد المريض للعلاج المعرفى السلوكى . ويحتمل أن تكون هذه الأهداف هى المرضية على أقل تقدير بالمعانى السيكومترية وهناك إجراءات سيكومترية أخرى كثيرة لتقدير الاكتئاب ، ولكن القليل منها هو الذى قنن بطريقة مناسبة ، وربما تكون الأساليب الخاصة بتسجيل البيانات ذات القيمة للعلاج المعرفى كاستخبار الأفكار التلقائية (٢) (Hollon and Kendall , 1980 , Harrell and Ryon , 1983) ومقياس الاتجاه المختل (٣) (Wissman and Beck , 1978 , Beck , 1976) وأختبار النمط المعرفى (٤) (Wilkinson and Blackburn , 1981) هى الأكثر إثارة للشغف ، وهناك بيانات قليلة تدعم إستخدام الأسلوبين الاخيرين (Dobson and Breiter , 1983) .

ويوصى بيك وزملاؤه (1979) باستخدام إجراء لتسجيل الأفكار السلبية الفريدة لدى المريض (انظر الفصل السادس) . ولسوء الحظ .. فإن الأساليب التقليدية للقياس المتسم بالثبات (الفصل الأول) قد لاتكون مناسبة لهذا الإجراء ، نتيجة للتباين الشديد والتغير السريع فى طبيعة الأفكار السلبية .

وأخيراً يتعين أن يكون الإخصائى الأكلينيكى يقظًا لتسجيل أشكال معينة من السلوك الاكتئابى التى قد يكون لها أهميتها مثال ذلك ملاحظة عدد مرات بكاء المريض ، وطول الفترات التى يقضيها فى حجرته .

مقاييس الاكتئاب بوصفها أدوات سيكومترية

لأن مقاييس الاكتئاب أدوات سيكومترية .. فإن الدرجات الكمية التى تعبر عن أداء المريض لا توجد لها دلالة قبلية . وحتى تكتسب معنى ، يتعين مقارنتها ببيانات معيارية فعلية ، تشتق فى أغلب الحالات من مرضى اخرين ، ويعتمد معنى درجة الاكتئاب على الهدف الذى صمم من أجله المقياس ، وعلى

(1) Base line
(2) Automatic Thoughts Questionnaire
(3) Dysfunctional Attitude Scale
(4) Cognitive Style test

مدى مناسبة المعايير . ويترتب على ذلك أن الدرجات على المقاييس المختلفة لها معانى مختلفة . وعلى هذا فإن بعض المقاييس مثل بطارية بيك للاكتئاب (١) تشير إلى درجة شدة الحالة الاكتئابية التى حددت بوسائل أخرى (Beck et al., 1979) ، بينما مقاييس اخرى مثل بطارية واكفيلد للتقدير الذاتى للاكتئاب(٢) (Snaith et al., 1971) توفر نقطة حدية (٣) ، يعتبر المريض الحاصل على درجة تفوقها مكتئباً أكلينيكيًا ، بينما تظل بعض المقاييس الاخرى تشير الى الحالة المزاجية فقط ، وليس الاكتئاب المرضى بالمعنى الأكلينيكى . مثال ذلك أن المعايير فى مقياس ويسمان - ريكس (٤) , Wessman and Ricks) 1966) تأخذ شكل المتوسطات والانحرافات المعيارية المستخلصة من عينة من طلاب الجامعة ، وتقارن درجة المستجيب ببساطة مع المتوسط ، وهناك مقاييس ، مثل : مقياس التماثل البصرى (٥) (انظر الفصل الأول) الواسع الاستخدام ، والذى لاتتوفر له أية معايير ، وتقارن درجة المريض الحالية عليه بدرجته السابقة على المقياس نفسه .

وبما أن الكثير من مقاييس الاكتئاب عادة ما يؤدى الى درجة كلية تشير إلى درجة الشدة ، فإنها تؤدى فى الكثير من الحالات الى صورة أدنى لحالة المريض . وفى حالة وجود درجات فرعية على المقياس فإن الدرجة الكلية ، يمكن أن تشتق من اختيارات لإجابات موزونة يختارها المريض ، من بين إجابات مختلفة الأوزان ، وحيث يحصل مريضان على الدرجة نفسها من خلال أداء مختلف تماما . وبالتالى ففى استخبار من خمسة عشر بندا لكل بند من اربعة اختيارات أوزانها : صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ ، قد يقر مريض بوجود الخمسة عشر بنداً بمستوى شدة (١) ، وحيث يعد فى المتوسط ذا أداء ضعيف ، بينما يحصل آخر على ١٥ درجة أيضاً نتيجة لإقراره بوجود ٥ أعراض بمتوسط شدة (٣) ، وحيث تعد أعراضه شديدة ومختلطة ، بينما كانت درجاته على بقية البنود صفراً ، ويتعين أن يظل مستخدم مقياس الاكتئاب واعيا باستمرار . إن الدرجة الكمية نفسها قد يكون لها معانى اكلينيكية مختلفة تماماً، سواء بين الأفراد أو بين الفرد ونفسه .

ويحتاج أى مستخدم بعيد النظر لأى مقياس للاكتئاب ؛ لتحديد أى نوع من المعلومات ستؤدى اليه الدرجات ، التى سيحصل عليها ومدى ثبات وصدق المقياس فى الأغراض المختلفة . ويعتمد اختيار مقياس ما - من بين ما يعتمد - على طبيعة المشكلة التى يعانيها المريض ، وغرض مستخدم المقياس من عملية القياس ، وعلى نوع المعلومات التى يوفرها المقياس . وينصح أولئك الذين ينتوون استخدام مقاييس الاكتئاب المعروفة بأن لا يكتفوا بقراءة هذا الفصل ، ذى الإهتمامات العملية ويقرأون بعض مراجعات البحوث المفيدة التى يمكن ان توضح القضايا النظرية ، مثل : أنواع الثبات والصدق المتعلقة بمقاييس الاكتئاب بصورة أكبر من المعروضة به هنا فى هذا الحيز المحدود المتاح (مثال ذلك : Boyle , 1985 ; Lader , 1981) .

ويتعين ملاحظة أن مقاييس التقدير الذاتى للاكتئاب ترتبط ارتباطات مرتفعة بمقاييس المرغوبية الاجتماعية (٦) ، بالقدر نفسه الذى ترتبط به بعضها بالبعض (Langevin and Stancer , 1979) .

---

(1) Beck Depression Inventory
(2) Wakefield Self Assessment Depression Inventory
(3) Cut-off Point
(4) Wessman - Ricks Scale
(5) Visual Analogue Scale
(6) Social desirability .

بعض مقاييس الاكتئاب

تهمل التغطية المقدمة هنا الاختبارات التجريبية (مثل : Lehman , 1974 , Cohen and Hunter , 1978) ، ومقاييس المزاج (مثل قائمة مسح صفات الاكتئاب Lubin , 1966 , 1967) والمقاييس المصممة للاستخدام مع الأسوياء (مثال ذلك Berndt et al., 1980) والاختبارات الفسيولوجية والحيوية الكيميائية [1] (انظر على سبيل المثال : Nobel and Lader , 1972 and American Psychiatric Association , 1987) والاختبارات المصممة للأطفال (مثال ذلك : Birleson , 1981) وتتضمن هذه التغطية المقاييس الخاصة بالمرضى الاكتئابيين فى كل درجات الشدة والأزمان [2] والتعبير عنه والتعاون ، ولاتتضمن الاختبارات الخاصة بالمتغيرات الأخرى مثل القلق والنوايا الانتحارية وفقدان مشاعر اللذة والألم [3] والمعززات ، أو غيرها من المتغيرات ، غير أنه يتعين عدم النظر إلى استبعادها باعتباره ذا دلالة تتعلق بقياس المرضى الاكتئابيين .

مقاييس تقديرات الملاحظين .

يجب أن تتضمن مقاييس تقديرات الملاحظين المقاييس المخصصة لغرض معين ، مثال ذلك الوقت المستغرق على الانفراد فى حجرة النوم ، وتستوفى الاختبارات الآتية البيانات السيكومترية .

مقياس هاملتون للتقديرات [4] .

يعد مقياس هاملتون للتقديرات (HRS) (Hamilton , 1960 , 1967) أوسع مقاييس تقديرات الملاحظين استخداماً لتقدير المرضى الاكتئابيين ، وهو أداة غير تشخيصية ولكنه مقياس للشدة .

وتتضمن الأحد وعشرين بنداً فى الصورة الأصلية المزاج ، والإحساس بالذنب والميول الانتحارية، والأرق والعمل ، والاهتمامات ومستويات النشاط والقلق والأعراض البدنية ، وتوهم المرض والوزن والاستبصار ، والتغيرات اليومية والإحساس بفقدان الذاتية [5] ، والأعراض البارانويدية والوسواسية . ويقدر كل منها على مقياس ، يمتد من صفر إلى ٢ ، أو من صفر إلى ٤ .

وينصح أن يقوم اثنان من المقدرين مستقلين بتقدير المريض أثناء المقابلة ذاتها كنوع من اختبار ثبات المقدرين ، ودرجة المريض هى مجموع درجاته التى يمنحها له المقدران معًا . وإذا لم تتوفر الموارد التى تتيح قيام اثنين من الملاحظين بتقدير المريض ، فتتم مضاعفة الدرجة التى يمنحها له الملاحظ الفرد؛ حتى يمكن حصوله على درجة تقبل المقارنة بالمعايير .

وقد تبين أن لمقياس هاميلتون للتقديرات (HRS) ثبات مابين مقدرين مرتفعًا . وقد نشر هاميلتون (1960) ارتباطا يصل إلى ٩٠, بين اثنين من الملاحظين لاحظوا سبعين مريضا ، ويذكر بيتش وآخرون (Bech et al., 1975 a) أن ثبات ما بين المقدرين لأربعة أطباء نفسيين ، يتراوح بين ٨٨, ، ٩٨, للبنود الفردية ، ٩٤, للمقياس الكلى .

---

(1) Biochemical
(2) Chronicity
(3) Anhedonia
(4) Hamilton Rating Scale (HRS)
(5) Depersonalisation .

وقد أظهرت دراسات الصدق معاملات ارتباط متغيرة مع بعض مقاييس الاكتئاب الأخرى ، كما يتبين من جدول (١ – ٥).

جدول (١ – ٥) : دراسات الصدق لمقياس هاميلتون للتقديرات للاكتئاب في صورة معاملات ارتباطه بمقاييس أخري للاكتئاب

مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	المصدر
مقياس الاكتئاب من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه	+ ٠,٣٤	Schnurr et al., 1976
مقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب	من + ٠,٢٢	Schnurr et al., 1976
	إلى + ٠,٩٥	Davies et al., 1975
بطارية بيك للاكتئاب	من + ٠,١٦	Schnurr et al., 1976
	إلى + ٠,٨٢	Williams et al., 1972
تقديرات سلوكية	+ ٠,٧١	Williams et al., 1972
تقدير أكلينيكي	+ ٠,٨٤	Bech et al., 1975 a
تقديرات عامة لأطباء نفسيين	+ ٠,٨٩	Knesevich et al., 1977
مقياس وكسلر للاكتئاب	+ ٠,٢٣	Schnurr et al., 1976

وعلى الرغم من هذا الأداء القوى بصفة عامة .. إلا أن اختبار هاميلتون تعرض للنقد لفشله فى التمييز بشكل مناسب بين الاكتئاب البسيط والحاد ، كما يقاس بواسطة التقييم السيكايترى الأكلينيكى الشامل (Bech et al., 1975) ولفقدان التجانس الداخلى (Bech et al., 1981). والميزه الأساسية للمقياس هى ثباته المرتفع وصدقه وقبوله على المستوى العالمى ، اما عيوبه الرئيسية فهى طول الوقت المطلوب لمقابله المريض ، ولاستكمال التقديرات المعقدة .

بطارية الاعراض الاكتئابية (١).

يمكن تطبيق بطارية الأعراض الاكتئابية (IDS ، وردت فى D. Milne. 1992 and in Rush et al., 1986 , a) سواء بواسطة الأخصائى الأكلينيكى كنتيجة لمقابلة شخصية وملاحظات عن المريض ، أو كاستخبار للتقدير الذاتى يتولاه المريض بنفسه .

وتتضمن بطارية الأعراض الأكتئابية (IDS) ٢٨ بنداً ، وبذلك تكون أكثر شمولاً إلى حد ما من مقياس هاميلتون ، وبطارية بيك للأكتئاب (انظر الأجزاء التالية فيما يخص بطارية بيك) . وعلى الرغم من التقارير (Rush et al., 1987) التى ذكرت أن اتساقها الداخلى مرتفع (يصل معامل الفا كرونباخ إلى ٠,٨٥ +) إلا أن بطارية الأعراض الاكتئابية (IDS) ارتبطت ارتباطا متوسطا (٠,٦١ + بالنسبة للصورة الأكلينيكية ، ٠,٧٨+ لصورة تقدير الذات بواسطة المريض) ببطارية بيك للاكتئاب (Rush et al., 1986 b).

(1) The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)

مقاييس التقدير الذاتى

مقاييس التماثل البصرى (1)

يحتوى مقياس التماثل البصرى (VAS) على خطوط مستقيمة ، عادة ما يكون طول كل منها ١٠٠ سم ، وذات مسميات عادة ما تكون قطبية ، ولها أقطاب مثل مكتئب بشكل متطرف « مقابل » غير مكتئب على الأطلاق أو أى مكونات أخرى تناسب أغراض الأخصائى الأكلينيكى (الفصل الأول) . وقد وجد أن نتائج تقديرات مقاييس التماثل البصرى ترتبط ارتباطات مرتفعة بالدرجات ، على عديد من مقاييس الاكتئاب المقننة كما يظهر فى جدول (٢ - ٥).

وقد أدت هذه النتائج إلى اتفاق عام على أن الاستخدام البسيط ، السهل والسريع لمقاييس التماثل البصرى ، أكثر كفاءة مقارنة بإجراءات التقديرات المقننة والمستهلكة للوقت .

جدول ٢ - ٥ ثبات مقاييس التماثل البصري كمقاييس للاكتئاب مبيناً الارتباطات بينها وبين مقاييس أخري للاكتئاب .

مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	المصدر
مقياس هاميلتون للتقديرات	من ٠,٧٩ +	Zeallay and Aitken, 1969
	إلى ٠,٨٨ +	Davies et al., 1975
بطارية بيك للاكتئاب	من ٠,٦٥ +	Davies et al., 1975
	إلى ٠,٧٦ +	Little and Mc Phail, 1973
التماثل البصري الذاتي وتقديرات ملاحظين للتماثل البصرى .	٠,٤٤ +	Pilowsky and Spalding, 1972

وقد أقترح أن يكون هناك تنوع فى مقاييس التماثل البصرى (VAS) مثال ذلك الصورة التى اقترحها جرينجراس (1977) Gringras للاستخدام فى قياس التغير فى حالات العلاج بمضادات الاكتئاب فى الممارسة العامة ويتضمن مقياسه خط طوله ١٠٠ مم ذى مسميات ، فى نهايتيه ، وفى وسطه عبارة هى : « مشاعرى فى الزيارة الأخيرة » ونقاط النهاية هى : « سيئة بقدر ما تستطيع أن تتخيل » و « لا اثر على الإطلاق لأعراضى » ، والمسافة بين « سيء » ، ونقطة الوسط « ولا أثر على الاطلاق لأعراضى» ونقطة الوسط تشير إلى أسوأ وأفضل على الترتيب . وتذكر التقارير المنشورة ان المقياس مفيد للأغراض المقصودة منه وانه شديد الحساسية ، وبالأخص عندما يكون الاهتمام منصبًا على التذبذب فى الحالة المزاجية على المدى الزمنى القصير (Rippere and Gledhill , 1976 بيانات غير منشورة) .

ويشير بوند ولادر (Bond and Lader (1974 لعدة دراسات ، كانت فيها مقاييس التماثل البصرى حساسة لتأثيرات العقاقير ، وأوضحت دراستهما الخاصة ، الحساسية للآثار التالية لتعاطى العقاقير . كما أدت البيانات المتوفرة من ستة عشر مقياساً أخرى ، طبقت على ٥٠٠ من الأسوياء ، إلى استخلاص ثلاثة أبنية عاملية .

(1) Visual Analouge Scale (VAS)

بطارية بيك للاكتئاب (1)

توجد صورتان لبطارية بيك للاكتئاب (BDI)

(Beck et al., 1961 , Beck and Beck , 1972 , Beck et al., 1979 , Bech , 1988)

الصورة الأصلية المكونة من ٢١ بنداً ، والتى نشرت عام ١٩٦١ ، ثم عدلت بعد ذلك ، واختصرت فى صورة من ١٣ بنداً ، وقدمت عام ١٩٧٢ ، وسنتناولهما منفصلتين . وقد استخدمتا على وجه الخصوص لملاحظة التغيرات فى العلاج المعرفى (انظر الفصل السادس) .

الصورة الطويلة

الهدف من الصورة الطويلة من بطارية بيك للاكتئاب ، هو أن توفر تقديراً كمياً لدرجة شدة الاكتئاب ، وهى ليست أداة تشخيصية . ويتعين تأكيد هذه النقطة ؛ لأن بطارية بيك للأكتئاب كثيرا ما استخدمت فى البحوث النفسية كما لو كانت كذلك . وان الدرجة أعلى نقطة معينة فيها تعنى ان المفحوص يعانى من اكتئاب أكلينيكى ، وقد بين هامين (1980) Hammen أن هذا الافتراض نادراً ما احترز منه .

وفى ضوء هذا .. فإن النقاط الحدية التى أوصى بها المؤلف (Beck et al., 1988) يتعين تناولها بحذر ، وهى الدرجات : أقل من ١٠ تمثل الحد الأدنى أو عدم وجود اكتئاب ، والدرجة من ١٠ - ١٨ تشير إلى اكتئاب خفيف ومتوسط ، والدرجات من ١٩ - ٢٩ تشير الى اكتئاب بين متوسط وشديد ، وبين ٣٠ إلى ٦٦ تشير إلى اكتئاب شديد .

وتغطى البنود فى بطارية بيك للاكتئاب المزاج والتشاؤم ، والاحساس بالفشل ، وانعدام الرضا، والشعور بالذنب ، والإحساس بالعقاب ، وكراهية الذات ونوبات البكاء ، والاهتياج والانسحاب الاجتماعى، وعدم الحسم وصورة الجسم ، والكف عن العمل ، واضطرابات النوم والتعب وفقدان الشهية والوزن والأنشغال البدنى والجنسى . ولكل بند أربعة أو خمسة بدائل استجابة لفظية محكمة ، تتراوح الدرجات عليها بين صفر و ٣ لكل بند . وتعتمد الطريقة الأصلية لتطبيق المقياس على وضع العلامة الخاصة بالاستجابة بواسطة الفاحص . ولكن غالبا ما يترك للمريض ليجيب عنه بمفرده . والدرجة على المقياس هى مجموع الدرجات على البنود .

وقد أظهرت دراسات الثبات (Beck et al., 1988) درجة عالية من الاتساق الداخلى ؛ حيث ارتبطت كل البنود ارتباطات مرتفعة بالدرجة الكلية . كما وجد ثبات تصنيف مستقر . وقد درس ثبات إعادة الأختبار بصورة غير مباشرة (Beck et al., 1961) وبصورة مباشرة ، وتتراوح معاملات ثبات إعادة الاختبار بين ,٤٨ ، ,٩٠ بفاصل زمنى ، يتراوح بين عدة ساعات وأربعة أشهر ,Beck et al) 1988) .

وتشير دراسات الصدق التى قام بها بيك وزملاؤه إلى أن متوسط الدرجة على البطارية يتزايد مع تزايد التقديرات السيكايترية الكلية لشدة الاكتئاب ، وأن تقديرات الأخصائيين الأكلينيكيين والدرجات على البطارية مرتبطة ارتباطات دالة (,٦٥ + ، ,٦٧ + فى دراستين منفصلتين) . كما وجد المؤلفون أيضاً أن المرضى ممن تغيرت تقديراتهم الإجمالية بعد فترة تتراوح بين أسبوعين إلى خمسة أسابيع من دخولهم المستشفى أظهروا بالمثل تغيرا متسقا فى درجاتهم على البطارية ، فى اتجاه التغيرات الاكلينيكية نفسها (Beck et al., 1961) .

(1) Beck Depression Inveventory (BDI)

وأظهرت دراسات صدق مستقلة مدى مرتفعًا من الارتباطات لدرجات البطارية ، مع مقاييس أخرى للاكتئاب (Beck et al., 1988) .

وتشير تحليلات مقروئية (١) البطارية إلى انه يمكن قراءتها ، وأنها غالبا ما تكون مفهومة من معظم الأطفال الصغار حتى عمر ١٢ سنة (Beck et al., 1988) .

وقد تعرضت بطارية بيك للنقد لفشلها فى التمييز بصورة مناسبة بين الاكتئاب المتوسط والشديد، كما يقاسان بالتقديرات الأكلينيكية الشاملة (Beach et al., 1975 a) . ولأنها عرضة لتحيزات الملاحظين عند تقديرهم للمرضى (Carroll et al., 1973) . كما شكى كل من المرضى والطلاب للكاتب من انهم وجدوا أن المقياس كئيب لدرجة عدم إكماله ، وقد شكى مريض يعانى من التردد ، أنه وجد انه من غير الممكن الاختيار بين بدائل الإجابة المختلفة . وقد لاحظ طالب طب أكمل البطارية كجزء من التدريبات المطلوبة منه فى الفصل ، أنه فقد الوزن لا لأنه كان مكتئباً ، ولكن لأنه كان يقصد المحافظة على نحافته . وقد روعى هذا الأعتراض فى تعديل ١٩٧٨ بإضافة جملة : « أنا أحاول عامداً خفض وزنى بتناول طعام أقل » : نعم / لا بجوار بند فقدان الوزن (Beck etal 1979) ، وقد نشرت أيضاً ارتباطات دالة (Beck et al., 1980) للبطارية بمقاييس السلوك الانتحارى وتعاطى الكحوليات . وهى نتيجة غير مفاجأة إذ أن الكثير من الناس يستجيبون للاكتئاب به . كما ذكرت ارتباطات دالة بمقاييس القلق ، وذلك لأن القلق والاكتئاب بينهما جزئيا بعض الاعراض الشائعة .

الصورة المختصرة

قدم بيك وبيك (1972) صورة مختصرة للمقياس ، تتضمن ثلاثة عشر بندا من بطارية بيك للاكتئاب ؛ لأستخدامات المارس العام بهدف المسح الأولى للاكتئاب لدى المرضى . ويتضمن محتوى البنود الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل وعدم الرضا والشعور بالذنب ، وعدم قبول الذات ، وإيذاء الذات ، والانسحاب الاجتماعى وعدم الحسم وصورة الذات وصعوبات العمل والتعب وفقدان الشهية . ويطبق الاستبيان ذاتيا ، ويذكر أن إكماله يتطلب خمس دقائق . ولكل بند أربع بدائل إجابة تصحح بـ : صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ . ودرجة المريض هى مجموع درجاته على كل البنود . وتوضح البيانات المقدمة المتوسطات والانحرافات المعيارية للمرضى ،الذين سبق تقييمهم أكلينيكيا باعتبارهم غير اكتئابيين ، وبسيطى الاكتئاب ومتوسطى الاكتئاب وشديدى الاكتئاب . ونشرت فى دراسة تالية (Beck et al.,1974b) الارتباطات بين صوره البطارية المختصرة والتقديرات الأكلينيكية بوسيط ٥٥, + لعينة من الاكتئابيين المقيمين بالمستشفى و ٦٧, + . لمرضى فى الممارسة الطبية العامة ، ونشرت الأرتباطات بين الصورة الطويلة والمختصرة من البطارية وكانت ٨٩, +. (لمجموعة سبق لها محاولة الانتحار) و ٩٦, + (لفصاميين) ، وكانت الارتباطات بين الدرجات على الصورة المختصرة والعمر والجنس والعرق غير دالة .

وقد اقترح المؤلفون أن ينظر خلال الممارسة الأكلينيكية لدرجات الصورة المختصرة من البطارية، بوصفها موجبة بما يتعين أن تتلوها مقابلات أكثر عمقًا . ولا تتضمن الصورة المختصرة فى أغلبها أية عينة لجوانب معرفية . (Beck et al., 1988) .

---

(1) Readability

وعلى أى الأحوال ، فيمكن استخدام الصورة المختصرة فى البحوث بوصفها مكافئة للصورة الطويلة ؛ وقد تكون مفيدة على وجه الخصوص ، عندما يكون هناك احتياج لإعادة القياس . وقد قارن رينولدز وجولد (Reynolds and Gould (1981 الصورتين الطويلة والمختصرة على عينة من المشاركين فى برنامج للعلاج بالميثادون (١) ، وذكرا معاملات ثبات اتساق داخلى تبلغ ٨٥, (للصورة المعيارية) و ٨٣, (للصورة المختصرة) وارتباط قدره ٩٣, + بين المقياسين ، واستخلصا من ذلك أن الصورة المختصرة من بطارية بيك للاكتئاب ، هى مقياس قصير ثابت وصادق لقياس الاكتئاب .

مقياس زونج للتقديرات الذاتية للأكتئاب (٢) .

يتكون مقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب (Zung , 1965) من عشرين بنداً ، تتضمن تقديرات على مقياس وقتى كيفى من أربع نقاط : (« قليل من الوقت » ، « بعض الوقت » ، « جزء معقول من الوقت » ، « أغلب الوقت ») والبنود عبارة عن فروض منطقية ، عشرة مصاغة بالإيجاب (مثال ذلك : أشعر بالأمل فى المستقبل) ، وعشرة مصاغة فى صورة جمل تعبر عن أعراض اكتئابية (لدى نوبات بكاء أو مشاعر مشابهة) ، وتحصل البنود على درجات ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ على الترتيب ؛ بحيث تشير أعلى درجة إلى أقصى درجة من الاكتئاب .

ويقدم زونج دلائل على أن المقياس يميز بين المرضى الاكتئابيين والمرضى السيكاتريين الآخرين والأسوياء ، وقد أظهرت درجات المرضى الاكتئابيين انخفاضاً دالا بعد العلاج ، مقارنة بالدرجات قبله .

وقد استخدم زونج المقياس لفحص تكرار وشدة الاكتئاب لدى جمهور الأسوياء الراشدين (Zung , 1971) ولدى أسوياء مسنين (Zung , 1967 b) وقد تبين أن الدرجات كانت أعلى لدى المراهقين والمسنين بصفة عامة . غير أنه فى دراسة على المرضى ، وجد أنها غير متأثرة بعمر المريض أو جنسه أو وضعه الزواجى ، أو مستواه التعليمى ، أو وضعه المالى أو ذكائه (Zung , 1967 a) .

وقد تبين من دراسات الصدق ان مقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب يرتبط بطرق مختلفة ببقية مقاييس الاكتئاب كما يتبين من جدول (٣ - ٥) .

جدول (٣ - ٥) : تقديرات الصدق لمقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب توضح إرتباطاته مع مقاييس أخري للاكتئاب

مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	المصدر
مقياس هاميلتون للتقديرات	+ ٠,٢٢	Schnurr et al., 1976
بطارية بيك للاكتئاب	+ ٠,٢٧	Rynolds and Gould, 1981
	+ ٠,٥٢ إلى ٠,٨٠	Davies, et al., 1975

(1) Methadon
(2) Zung Self rating Depression Scale

مقاييس التغير[1] .

مقياس مونتجومري – أسبرج [2] .

صمم هذا المقياس ذو البنود العشر (Montgomery and Asberg , 1979) ليكون حساساً على وجه الخصوص لتأثيرات علاج الاكتئاب ، وليس للكشف عن الاكتئاب أو الأعراض التشخيصية . وتتضمن البنود الحزن الواضح والمعبر عنه والتوتر الداخلى ، وقلة النوم وانخفاض الشهية ، وصعوبات التركيز والوهن وعدم القدرة على الشعور ، والتشاؤم والأفكار الانتحارية . وتعتمد التقديرات على مقابلة شبه مقننة، وضعت على مقياس ذى درجات متصلة من صفر إلى ٦ نقاط . وتقابل الدرجات صفر ، ٢ ، ٤ ، ٦ بدقة كل بند ، بينما تتوسطها الدرجات الباقية . وقد نشرت معاملات ثبات مرتفعة بين المقدرين (٨٩, إلى ٩٧,) لأزواج مختلفين من المقدرين والمرضى فى مراحل مختلفة من العلاج . وقد تبين أن المقياس يميز أيضاً بين المستجيبين وغير المستجيبين للعلاج اكثر من مقياس هاميلتون للتقديرات .

مقاييس الهوس [3] .

مقياس حالة الهوس [4].

طور هذا المقياس (Beigel et al., 1971) الذى يتكون من ٢٦ بنداً لتقديرات الملاحظين ؛ لكى يقيس الأعراض الهوسية لدى المرضى المقيمين بالمستشفى . وتغطى البنود الحالة المزاجية الواضحة والوظائف المعرفية والحديث والاتجاهات والسلوك ، وتقدر البنود على كل من مقياس التكرار (ك) والشدة (ش) ولكل منهما خمس نقاط ثابتة ، والدرجة هى مجموع حاصل ضرب درجات ك × ش لكل البنود .

وقد نشرت ارتباطات مرتفعة بين فئات البنود تبين ارتفاع ثبات المقدرين ، وارتباطات مناسبة بين المقاييس وبين تقديرات مستقلة لأطباء نفسيين وممرضات لعدد اثنين وعشرين بنداً . وقد وجد المؤلفون أن هناك ستة بنود هى الأفضل تحديداً لخصائص التغير فى شدة الهوس ، وذكروا فى دراسة تالية أن أحد عشر بنداً تحدد العناصر المشتركة فى الهوس (Beigel and Murphy , 1971) . وقام بيتش وزملاؤه (Bech et al., 1975) بحساب الصدق بشكل مستقل لهذه الأداة ، وذكروا أنهم وجدوا ستة بنود مختلفة هى الصادقة وفقا لمحكهم .

وقد طورت صورة معدلة من ثمانية وعشرين بنداً ، أرفق بها ثبت للمصطلحات بواسطة باحثين بريطانيين (Blackburn et al., 1977) .

إضـــافات أخـــرى

محكات التشخيص البحثية [5]

كانت محكات التشخيص البحثية من بين الأدوات القليلة ، التى صممت للكشف عن وجود الاكتئاب ، وفقًا لنموذج طبى (Feighner et al., 1977)، ويوصى فجنر Feighner والعاملين معه باقتباس

(1) Change Scales
(2) Montgomery - Asberg Scale
(3) Mania Scales
(4) Manic State Scale
(5) Research Diagnostic Criteria

المعايير القياسية لمجموعات مختارة من المرضى المشاركين فى البحوث بالمراكز المختلفة . وقد استخدمت محكات التشخيص البحثية للاكتئاب ، على نطاق واسع فى البحث ، وهى كالآتى :

أ – مزاج قلق (١) .

ب – خمسة على الأقل من الأعراض الاتية لتشخيص الاكتئاب المؤكد ، وأربعة لتشخيص الاكتئاب المحتمل .

(١) شهية ضعيفة أو فقدان للوزن .

(٢) صعوبات فى النوم .

(٣) فقدان الطاقة .

(٤) تهيج أو تبلد .

(٥) فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة أو تضاؤل الدافع الجنسى .

(٦) مشاعر لوم للذات أو مشاعر ذنب .

(٧) قدرة سيئة على التفكير او التركيز .

(٨) أفكار متكررة حول الانتحار أو الموت .

جـ – مرض نفسى مستمر لمدة شهر على الأقل ، دون وجود حالات سيكايترية سابقة ، أو وجود مرض طبى خطير .

وقد قدمت محكات مقارنة للهوس .

وقد تكون محكات التشخيص البحثية مثيرة لاهتمام الاخصائيين النفسين للاغراض البحثية ، إلا أن زيفج Zwick (1983) لاحظ أن فحوصاً اخرى لخصائصها السيكومترية مطلوبة .

اختبار النمط المعرفى (٢)

يحتوى اختبار النمط المعرفى (CST , Blackourn et al., 1988) أوصافاً لأحداث يومية ، عددها ٣٠ ، يجيب المفحوصون عن كل منها من خلال أربعة بدائل حول كيفية التفكير فيها ، مثال ذلك «عندما تقابل أصدقاء لم ترهم منذ فترة طويلة » فإن الإجابات المحتملة هى : « ترى مازالوا يحبوننى » أو « جيد أن يرى المرء أصدقاءه القدامى » أو « لم يعودوا يحبوننى الآن » أو « أنهم يحبوننى كثيراً ». وأصحاب الدرجة المرتفعة على الاختبار هم الذين يقدمون خصائص دالة على التفكير الاكتئابى .

وقد وجد بلاكبورن وزملاؤه Blackburn et al .,(1986) أن الاختبار يميز بقدر دال مرضى القلق الأكلينيكى عن مرضى الاكتئاب الأكلينيكى .،غير أنهم لم يوفروا أية بيانات لاختبار جوانب الثبات بصورة مباشرة .

(1) Dysphoric
(2) The Cognitive Style Test.

مقياس خلل الاتجاهات (١)

مقياس خلل الاتجاهات هو المقياس الأساسى للنمط المعرفى المستخدم فى المركز العلاجى المتعدد فى الولايات المتحدة (٢) (انظر الفصل السادس) ويحتوى قياس خلل الاتجاهات على أربعين بنداً يقوم المفحوص فى كل منها بوضع ترتيب لموافقته على سبع بدائل من أول «لااوافق تماما» إلى «أوافق تماما» مثال ذلك « أعتبر أننى سانخفض فى نظر الناس إذا ارتكبت خطئاً » .

وهناك صورتان متكافئتان لمقياس خلل الاتجاهات ، لكل منها اتساق داخلى ٨٩, أو أكثر ، وللإجابات عن الصورتين ارتباط مرتفع بعضها بالبعض على عينة من طلاب الجامعة ، فى موقفين ، بفارق زمنى قدره ثمانية أسابيع (Weissman and Beck , 1978) .

مقياس فقدان الأمل (٣) .

يحتوى هذا المقياس (Beck et al., 1974 a) على عشرين بنداً ، يجاب عنها بطريقة التقرير الذاتى. وقد صمم للكشف عن السلوك الأنتحارى . وقد وجد بيك وزملاؤه (Beck et al., (1990 اتساقاً فى تحديد الدرجة الكلية ٩ أو أكثر على المقياس لكل المرضى الخارجيين السبعة عشر ، باستثناء مريض واحد فقط من بين الذين قاموا بمحاولة للانتحار ، حتى بعد مضى عدة شهور من الإجابة عن المقياس، وذلك من بين عينة بلغت ٢٠٠٠ تقريباً . وقد أيدت هذه النتائج ما سبق الحصول عليه من نتائج فى فترة مبكرة من مرضى مقيمين .

تقييم المرضى الاكتئابيين بهدف العلاج النفسى .

يختلف تقييم المريض الاكتئابى بغرض العلاج (وبالأخص لتقرير ما إذا كان العلاج النفسى مناسباً له) عن تقييم مستوى اكتئاب المريض لمجرد التقييم . ويهتم هذا القسم من الفصل ببعض المبادئ الأساسية ، والمشكلات التى تنبثق من الخبرة النفسية الاكلينيكية (مقابل الخدمة الخاصة أو الخدمة المجانية) فعلى الرغم من أن العلاج النفسى للمرضى الاكتئابيين ولّد عدداً من الطموحات ، وخططاً تفصيلية واسعة (مثال ذلك : Mclean , 1976 , Lewin , Sohn et al., 1976) ؛ فمن المحتمل أن يكون من العدل القول أن تقييم مريض اكتئابى بغرض العلاج لا يختلف من حيث المبدأ بأى طريقة جذرية عن تقييم أى مريض آخر . ومن المؤكد أن أغلب المرضى الذين يحالون إلى الأخصائى النفسى للعلاج، سيكونون مكتئبين بدرجة ما حتى لو كانوا لا يعانون من مرض اكتئابى بالمعنى الصحيح ، والغالبية العظمى من الاحالات التى لالبس فيها ، والتى توجه إلى الاخصائى النفسى سيكون فيها على الإقل مشكلة واحدة ، وعادة أكثر من مشكلة واحدة . ومن الشائع أن يكون من بينها قلق ونوبات هلع ، وخواف أماكن مفتوحة ، ووفاة الوالدين ، وبعض المخاوف الخاصة ، وإضطرابات الاكل والصداع ، والصداع النصفى والوساوس ، وصعوبات فى التوافق الاجتماعى والمهارات الاجتماعية ، والعمل والأسرة والزواج ، والأمور المالية والتعليم والسلوك والتغذية أو الصحة ، من بين اشياء اخرى كثيرة . وغالباً ما يكون الخط الفاصل الذى يمكن رسمه بين المريض الاكتئابى والمريض غير الاكتئابى خطا افتراضيا .

---

(1) Dysfunctional attitude Scale (DAS)
(2) Multi-centre trials of Cognitive therapy
(3) The Hoplessness Scale .

وبما أن أغلب المرضى الاكتئابيين الأكلينيكيين الذين يحالون للأخصائى النفسى سيكونون منتظمين على نوع ما من العقاقير المضادة للاكتئاب ؛ فقد تهتم الإحالة بمشكلة أو أكثر من مشكلات المريض غير مشكلة اكتئابه فى حد ذاتها . وبالتالى فالمهمة الأولى للأخصائى النفسى ، هى أن يتأكد أى الجوانب فى مشكلات المريض هى المطلوب منه أن يتعامل معها ، أو المشكلة التى يكون إسهام الأخصائى النفسى مفيداً لتحقيق تحسن فيها . والمهمة الثانية هى اكتشاف - إذا كان هذا ممكنا - المشكلة أو المشكلات المعينة التى يريد المريض عونا فيها . ما المشكلة أو المشكلات التى يتقدم المريض لعلاجها ، والتى قد لاتكون هى المشكلة الواردة فى الإحالة . ويمكن تجنب الكثير من المتاعب ، إذا تم تسوية الخلاف بين ما ورد فى الإحالة ، وما يريده المريض فى فترة مبكرة . ويلاحظ أن أية جهود لعلاج المريض من مشكلة لا يفضل هو نفسه أن يعالج منها ، يحتمل أن لا تنجح .

وستكون مهمة اكتشاف أى مشكلة أو مشكلات يريد المريض عوناً فيها ، مهمة معقدة نتيجة لعدم رغبة المريض ، او عدم قدرته على قول ما هى المشكلة . مثال ذلك أن مريض الاكتئاب المزمن تماماً ، والمقيم فى المستشفى ، والذى يرسل لإجراء تقييم ثانٍ بعد تعفنه لعدة سنوات فى حجز كبير ، ويحال بعده إلى فريق الأخصائيين النفسيين لإشراكه فى برنامج سلوكى ، ربما يكون قد نسى كيف يتكلم ، وبدرجة أقل كيف يقوم بصياغة أفكاره ومشكلاته . وقد يحصل المرضى الخارجيون من ذوى اضطرابات الشخصية العدوانية السلبية على مايريدون فى حياتهم ، من خلال الإحباط المبرمج للمعالج ، بالصياح إذا كانوا يريدون العون ، وبالرفض المستمر لكل الاقتراحات وبالمثل المرضى البكائيين (ممن تكون شكاواهم تدور دائماً حول الطريقة البائسة التى يعاملهم بها بقية الناس ، وفكرتهم عن احتياجاتهم ، التى يجب الوفاء بها هى أنه يتعين تغيير هؤلاء الناس الآخرين) وغالبا ما يغرقون فى نهر من الدموع ، أو يسفه الواحد منهم أخطا كل الأقتراحات ،التى ربما يكون فى حاجة اليها للتغيير بطريقة ما . وأخيراً على المعالج أن يواجه أصحاب المراهقة المتأخرة ، الذين مازالوا شديدى الخجل من الحديث عن مشكلاتهم ولا يستطيعون تناولها مع أحد .

وهناك عدة احتمالات واردة فى الحالات ، التى لا يستطيع فيها المريض تقديم مشكلته أو لا يريد الحديث عنها ، منها أن يسعى الاخصائى النفسى للبحث عن المعلومات المتعلقة من المصادر الاخرى غير المريض نفسه مثل فريق القسم [بالمستشفى] أو الأشخاص القريبين من المريض ، وعليه ان يبعد المريض الذى يناوره بعيداً إلى أن يتمكن هذا المريض من صياغة مشكلته ، أو أن يستمر فى الحديث مع المريض بأمل أن المشكلة المناسبة ستظهر ، أو أن يرسل المريض عائداً لمصدر الإحالة قائلاً إن الأخصائى النفسى يعتذر عن عدم قدرته على إيجاد طريقة للمساعدة ، أو بناء على ما يقوله المريض يمكن صياغة المشكلة الممكنة القابلة للعلاج ، ومحاولة إقناع المريض بقبول هذه الصياغة . وتتضمن بعض البدائل الأخرى أن يقدم للمريض أنواع المشكلات ، التى يمكن تقديم المساعدة فيها بأمل أن يتعرف مشكلته من بينها ،أو مواجهة المريض بعدوانه السلبى . وحتى فى المواقف التى تفسر فيها مقاومة المريض تفسيراً صحيحاً (يمكن أن تقول له : هل أنت متردد فى ذكر ما يضايقك ، لأنك تخشى أن أعتقد أنه شيء غبى ؟) .

وعلى الأخصائى النفسى أن لا يندهش كثيراً ، إذا تكشفت له مشكلة المريض على أنها ليست مشكلة نفسية . وعلى الأخصائى النفسى أن يكون من الشجاعة بالقدر الكافى ؛ لأن يقول لمصدر الإحالة أنه لا يستطيع أن يقدم للمريض الكثير من المساعدة . وهناك أيضاً آخرون ، ممن يتبين أثناء الفحص الدقيق أن قنوطهم مناسب تماماً ومتسق مع ظروفهم التى تدعو إلى الكآبة . ولا يعانى هؤلاء الناس من حالة مرضية وجدانية ، لكنهم يعانون بالأحرى من ظروف مرضية - مثل سكن حقير ، بؤس شديد ،

أمراض مزمنة ، بطالة ، نقص فى قدرات العمل ، وإعاقة لغوية ، وتعصب عنصرى ، أو ضحية أنواع أخرى من الاضطهاد. وقد يظهر عند فحص هولاء المرضى أنهم يتعاملون بشكل يدعو للإعجاب مع الظروف الرهيبة ، التى لايمكن لشخص عاقل أن يتوقع استمرار صمودهم فيها لفترة طويلة . وقد لا يكتئب البعض منهم بالضرورة ، فمعظم الناس ليسوا مكتئبين أكلينيكياً لمثل هذه الظروف . ومن المحتمل بالطبع تشويه المريض لدرجة الصعوبة أو المعاناة ، التى يتضمنها الموقف ، غير أن الكاتب تأثر عندما كان يقوم بفحوص تفصيلية من مقدار الصدق ، الذى تتسم به رواية المريض للأحداث .

ومن الضرورى – فى مثل هذه الحالات – أن لا يزيد الأخصائى النفسى من مشكلات المريض بالخلط بين البؤس الطبيعى فى مواجهة الصعوبات الشدية والحالة الوجدانية غير السوية . ويخفض بالتالى من معنويات المريض أكثر عندما يعالجه على أنه مريض ، وسيتضح فى الكثير من الحالات أن المريض انزلق إلى شبكة الخدمات المتاحة ، وفى هذه الظروف .. فإن أفضل ما يستطيع الأخصائى النفسى القيام به هو تحويل المريض إلى الجهة المناسبة ، مع متابعة الحالة مع الشاكى وهو ماقد يكون ضرورياً لضمان وصول العون المطلوب إليه .

وإذا كانت إجراءات الخدمة قد بدأت بالفعل ، فإن تفسيراً يقدم للمريض ، يوضح له أن استجابته للأحداث تبدو سوية تماماً ، وأن الأحداث التى يتعرض لها هى غير السويه قد يكون فى حد ذاته هو العلاج الصحيح . وأنا لا أقترح هنا التستر على فكرة واضحة التشويه حول مقدار السوء ، الذى تكون عليه الأشياء ، ولكننى أقترح تجنباً للفروض غير المضمونة التى ترى أن كل الأشخاص ، غير السعداء الذين يفحصون فى مواقف الصحة العقلية ، هم بالضرورة من أصحاب الاضطرابات الوجدانية غير السوية .

ولنفترض الآن أن المريض قدم بالفعل مشكلة ممكنة العلاج بواسطة الأساليب النفسية ، فما الأسئلة الأخرى التى يحتاج الأخصائى النفسى الأكلينيكى لسؤالها ، قبل أن يقرر ما الذى يفعله إزاءها ؟ . وعلى الرغم من أن الأخصائيين الأكلينيكيين سيرغبون فى اختيار المناحى الخاصة بهم ، فإنه يمكن اقتراح الأسئلة الآتية بوصفها مؤشرات عامة .

١ – هل المريض فى حالة قابلة للعلاج ؟ فبعض المرضى الاكتئابيين قد يكونون بمنتهى البساطة شديدى المرض ، بحيث لا يستطيعون المشاركة بصورة مقبولة فى العلاج النفسى أو السلوكى، وسيكونون فى حاجة لعلاج طبى أولاً ، قبل أن يصبحوا لائقين للتدخل النفسى . فالعلاج المعرفى على سبيل المثال يوصى به فقط للمرضى الخارجيين أحاديى القطب (Beck et al., 1979) .

٢ – إلى جانب المشكلات الرئيسية ، ما المشكلات النفسية الأخرى التى توجد لدى المريض ؟ ما الذى يمكن علاجه منها . وما الذى يشكل عقبة ممكنة للعلاج ؟ ويمكن للجهود التى تبذل لرؤية المريض فى سياق مجتمعة الخاص أن تساعد المرء أيضاً على تجنب الفروض العامة غير الخصبة ، والتى يتزايد انتشارها ، والتى يشجع عليها المخططات المتطورة والأساليب النظرية ، التى يتعلم من خلالها الطلاب والمتدربون الأكلينيكيون فى علم النفس المرضى أن وصف شخص لنفسه بأنه مكتئب ، أو تشخيص شخص ما على أنه مكتئب ، يعنى بالضرورة خضوع هذا الشخص لأحد النماذج النفسية النظرية للاكتئاب . وبينما يبدو – فرضاً – أن

اكـتئاب بعض الناس يتطابق مع « فقدان الحيلة المتعلم » [1] ، أو «الثلاثى المعرفى السلبى» [2] أو « التدعيم الايجابى للاستجابات منخفضة الاحتمالية » [3] (انظر الفصل السادس) فإن اكتئاب الكثير من المرضى ، الذين يعرضون فى الممارسة الأكلينيكية لا ينطبق تماماً مع هذه النماذج ، ولا يحتمل ان نفيد هؤلاء المرضى بمحاولات بروكراستية * [تلفيقية] بحشرهم فى فئة نظرية معينة .

ولا يمكـننا هنا أن نتنـاول بسـهـولة السـؤال حـول كيف يقرر المعالج نوع من العـلاج ، إذا كـان هناك علاج يقدمه ، فالقرار يعتمد على أى المشكلات يقوم المريض بعرضهـا ، وخصائص المريض وإمكاناته ، وظروفه ، وتفضـيلاته ، ومـهارات المعـالج ومعـلوماته النظرية ومقدار الوقت المتاح ، الذى يكرسه المشـاركون فى العلاج . ومالم يقدم المعـالج العلاج نفسـه بلا تمـييز لكل المرضى الاكـتئابيين يصـبح من المسـتحيل تقـريباً التنبـوء بدقة أى علاج يحصـل عليه مريض معين ، اعـتماداً على مجـرد معـرفة أنه مكتئب .

ويمتد مـجال الأسـاليب العـلاجية ، التى يمكن تقديمها لأبعد من خطوات إعاد ة البناء المعرفى المعتاده ؛ فمنها الحديث التدعيمى [4] ، التدريب التوكيدى والتدريب على المهارات الاجتماعية ، التدريب على الاسترخاء ، مراقبة الذات ، النمذجة ، زيادة المشاركة فى الأنشطة ذات الجوائز ، الإرشاد الزواجى وغيره . وفى إطار علاج المرضى الذين يعانون من سلسلة اضطرابات اكتئابية .. فإن الكاتب يستخدم الآن ليس فقط الأساليب المشار اليها ، بل أيضاً النصح الواقعى والعلاج الاستشارى ، والجرى ، والعلاج الكتابى [5] والاختبارات النفسية ، والتوجيه المهنى والعلاج التليفونى والبريدى والتنفيسى [6] والبيئة الأكلينيكية ، والعلاج بالأحماض الجزئية [7] ، وقد تم ترتيب الإحالات لإجراء فحص وعلاج بدنى وعلاج جمعى ، بالإضافة للتشجيع النشط على مساعدة الذات . وفى بعض الحالات النادرة ، ومن بين أشياء أخرى ، تستخدم التفسيرات الدينامية . وفى حالة مختارة لمراهقة صماء مقيمة بالمستشفى ، أخذ العلاج خلال الشهور القليلة الأولى صورة الجلوس معها لمدة نصف ساعة عدة مرات فى الأسبوع ؛ لكى ننقل لها فكرة أنها عندما تريد الحديث ، فهناك من سيكون على استعداد للاستماع لها ، ولأن المرضى الاكتئابيين يمثلون مجموعة كبيرة غير متجانسة ، فهناك خطر حقيقى للغاية ، ينتج عن السماح للتصورات النظرية المسبقة بإملاء مناحى نمطية ثابتة لتقييمنا لصعوباتهم ولتدخلنا .

نقطة أخيرة حول تقييم المرضى الاكتئابيين ، هى أن التقييم لا ينتهى بالنتيجة التى نخلص اليها فى المقابلة التقييمية الأولى . وقد يتطلب قرار تقديم نوع معين من العلاج تقييماً آخر ينصب بشكل أدق على جوانب محددة فى مشكلات المريض (مثال ذلك الحاجة لاستخدام استخبارات نوعية ، أو تقييم سلوكى ، أو مراقبة للذات ، أو ملاحظة فى القسم داخل المستشفى لتحديد نقاط أساس ... الخ) ، ويتطلب

(1) Learned helplessness
(2) Negative Cognitive triad
(3) Low response - Contingent positive reinforcement
(4) Supportive Chat
(5) bibliotherapy
(6) Abreaction
(7) Orthomolecular

(*) نسبة إلى الأسطورة اليونانية وبطلها بروكراست ، الذى كان يقطع أرجل ضحاياه ؛ ليتفق طولهم مع طول السرير الذى يرقدهم عليه (المترجم) .

عديد من أساليب العلاج عناصر تقييم معيارية ؛ بهدف التمكن من تقييم النتائج ، وإذا قدمت أنواع مختلفة من العلاج لمشكلات مختلفة على التوالى .. فإن إعادة تقييم الخطط المستقبلية سيكون مطلوباً على أساس النتائج السابقة ،وكذلك على اساس التغيرات فى المواقف ، وفى الحالة الأكلينيكية ، سواء كانت للأفضل أو للأسوأ .

References

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bech, P., Gram, L. F., Dein, E., Jacobsen, O., Vitger, J. and Bolwig, T. G. (1975a) 'Quantitative rating of depressive states. Correlation between clinical assessment, Beck's self-rating scale and Hamilton's objective rating scale', *Acta Psychiatica Scandinavia* 51: 161–70.

Bech, P., Bolwig, T. G., Dein, E., Jacobsen, O. and Gram, L. F. (1975b) 'Quantitative rating of manic states', *Acta Psychiatica Scandinavia* 52: 1–6.

Bech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O. and Nagy, A. (1981) 'The Hamilton Depression Scale. Evaluation of objectivity using logistic models', *Acta Psychiatica Scandinavia* 63: 290–9.

Beck, A. T. (1967) *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, London: Hoeber Medical Division, Harper and Row.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1988) *Beck Depression Inventory (BDI)*, Sidcup: The Psychological Corporation.

Beck, A. T. and Beck, R. W. (1972) 'Screening depressed patients in family practice. A rapid technique', *Postgraduate Medicine* 52: 81–5.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961) 'An inventory for measuring depression', *Archives of General Psychiatry* 4: 561–74.

Beck, A. T., Weissman, A. W., Lester, D. and Trexler, L. (1974a) 'The assessment of pessimism: the Hopelessness Scale', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 861–5.

Beck, A. T., Rial, W. Y. and Rickels, K. (1974b) 'Short form of depression inventory: cross-validation', *Psychological Reports* 34: 1181–6.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*, Chichester: Wiley.

Beck, A. T., Steer, R. A. and Garbin, M. G. (1988) 'Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation', *Clinical Psychology Review* 8: 77–100.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J. and Stewart, B. L. (1990) 'Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric out-patients', *American Journal of Psychiatry* 147: 190–5.

Beigel, A. and Murphy, D. L. (1971) 'Assessing clinical characteristics of the manic state', *American Journal of Psychiatry* 128: 688–94.

Beigel, A., Murphy, D. L. and Bunney, W. E. Jr (1971) 'The Manic State Rating Scale', *Archives of General Psychiatry* 25: 256–62.

Berndt, D. J., Petzel, T. P. and Berndt, S. M. (1980) 'Development and initial evaluation of a multiscore depression inventory', *Journal of Personal Assessment* 44: 396–403.

Birleson, P. (1981) 'The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22: 73–88.

Blackburn, I. M., Loudon, J. B. and Ashworth, C. M. (1977) 'A new scale for measuring mania', *Psychological Medicine*, 7: 453–8.

Blackburn, I., Jones, S. and Lewin, R. J. P. (1986) 'Cognitive style in depression', *British Journal of Clinical Psychology* 25: 241–51.

Bond, A. and Lader, M. (1974) 'The use of analogue scales in rating subjective feelings', *British Journal of Medical Psychology* 47: 211–18.

Boyle, G. J. (1985) 'Self-report measures of depression: some psychometric considerations', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 45–59.

Carroll, B. J. (1978) 'Validity of the Zung Self-rating Depression Scale', *British Journal of Psychiatry* 133: 379–84.

Carroll, B. J., Fielding, J. M. and Blashki, T. G. (1973) 'Depression rating scales. A critical review', *Archives of General Psychiatry* 28: 361–6.
Cohen, E. and Hunter, I. (1978) 'Severity of depression differentiated by a colour selection test', *American Journal of Psychiatry* 135: 611–12.
Davies, B., Burrows, G. and Poynton, C. (1975) 'A comparative study of four depression rating scales', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 9: 21–4.
Dobson, K. S. and Breiter, H. J. (1983) 'Cognitive assessment of depression: reliability and validity of three measures', *Journal of Abnormal Psychology* 92: 107.
Feighner, H. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A. Jr, Winokur, G. and Munoz, R. (1972) 'Diagnostic criteria for use in psychiatric research', *Archives of General Psychiatry* 26: 57–63.
Gringras, M. (1977) 'Experiences with some new scales for use in general practice', *Journal of International Medical Research* 5 (supplement): 61–5.
Gringras, M. (1980) 'Validation of the general practitioner clinical research group, 11-item depression scale', *Journal of International Medical Research* 8: (supplement 3): 45–8.
Hamilton, M. (1960) 'A rating scale for depression', *Journal of Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56–62.
Hamilton, M. (1967) 'Development of a rating scale for primary depressive illness', *British Journal of Social Clinical Psychology* 6: 278–96.
Hammen, C. L. (1980) 'Depression in college students: beyond the Beck Depression Inventory', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 126–8.
Harrell, T. H. and Ryon, N. B. (1983) 'Cognitive-behavioural assessment of depression: clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 721–5.
Hollon, S. D. and Kendall, P. C. (1980) 'Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire', *Cognitive Therapy and Research* 4: 383–95.
Hollon, S. D. and Kendall, P. C. (1981) 'In vivo assessment techniques for cognitive-behavioural processes', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.
Kendell, R. E. (1976) 'The classification of depressions: a review of contemporary confusion', *British Journal of Psychiatry* 129: 15–28.
Knesevich, J. W., Biggs, J. T., Clayton, P. J. and Ziegler, V. E. (1977) 'Validity of the Hamilton Rating Scale for Depression', *British Journal of Psychiatry* 131: 49–52.
Lader, M. H. (1981) 'The clinical assessment of depression', *British Journal of Clinical Pharmacology* 1: 5–14.
Langevin, R. and Stancer, H. (1979) 'Evidence that depression rating scales primarily measure a social undesirability response set', *Acta Psychiatica, Scandinavia* 59: 70–9.
Lehmann, H. E. (1974) 'Experimental criteria of depression', in N. S. Kline (ed.) *Factors in Depression*, New York: Raven Press.
Lewinsohn, P. M., Biglan, A. and Zeiss, A. M. (1976) 'Behavioural treatment of depression', in P. O. Davidson (ed.) *The Behavioural Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York: Brunner/Mazel.
Little, J. C. and McPhail, N. I. (1973) 'Measures of depressive mood at monthly intervals', *British Journal of Psychiatry* 122: 447–52.
Lubin, B. (1966) 'Fourteen brief depression adjective check lists', *Archives of General Psychiatry* 15: 205–8.
Lubin, B. (1967) *Depression Adjective Check Lists: Manual*, San Deigo, Calif.: Education and Industrial Testing Service.
McLean, P. (1976) 'Therapeutic decision-making in the behavioural treatment of depression', in P. O. Davidson (ed.) *The Behavioural Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York: Brunner/Mazel.
Milne, D. (1992) *A Mental Health Portfolio*, Windsor: NFER-Nelson.
Montgomery, S. and Asberg, M. (1979) 'A new depression scale designed to be sensitive to change', *British Journal of Psychiatry* 134: 382–9.

Noble, P. and Lader, M. (1972) 'A physiological comparison of "endogenous" and "reactive" depression', *British Journal of Psychiatry* 120: 541–2.

Pilkowsky, L. and Spalding, D. (1972) 'A method for measuring depression: validity studies on a depression questionnaire', *British Journal of Psychiatry* 121: 411–16.

Reynolds, W. M. and Gould, J. W. (1981) 'A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 306–7.

Rippere, V. and Gledhill, C. (1976) Unpublished data.

Rush, A. J., Hiser, W. and Giles, D. E. (1987) 'A comparison of self-reported versus clinical-rated symptoms of depression', *Journal of Clinical Psychiatry* 48: 246–8.

Rush, A. J., Giles, D. E., Schlesser, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. and Burns, C. (1986a) 'The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings', *Psychiatry Research* 18: 65–87.

Rush, A. J., Giles, D. E., Schlesser, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. and Burns, C. (1986b) 'The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings', *Psychopharmacology Bulletin* 22: 985–90.

Schnurr, R., Hoaken, P. C. S. and Jarrett, F. J. (1976) 'Comparison of depression inventories in a clinical population', *Canadian Psychiatric Associate Journal* 21: 473–76.

Snaith, R. P., Ahmed, S. N., Mehta, S. and Hamilton, M. (1971) 'Assessment of the severity of primary depressive illness. Wakefield Self-assessment Depression Inventory', *Psychological Medicine* 1: 143–49.

Weissman, A. and Beck, A. T. (1978) 'Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation', unpublished paper, read to American Educational Research Association.

Wessman, A. E. and Ricks, D. F. (1966) *Mood and Personality*, London: Holt, Rinehart and Winston.

Wilkinson, I. M. and Blackburn, I. M. (1981) 'Cognitive style in depressed and recovered patients', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 283–92.

Williams, J. G., Barlow, D. H. and Agras, W. S. (1972) 'Behavioural measurement of severe depression', *Archives of General Psychiatry* 27: 330–3.

Zealley, A. K. and Aitken, R. C. B. (1969) 'Measurement of mood', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 62: 993–6.

Zubin, J., Salzinger, K., Fleiss, J. L., Gurland, B., Spitzer, R. L., Endicott, J. and Sutton, S. (1975) 'Biometric approach to psychopathology: abnormal and clinical psychology – statistical, epidemiological and diagnostic approaches', *Annual Review of Psychology* 26: 621–71.

Zung, W. W. K. (1965) 'A Self-Rating Depression Scale ', *Archives of General Psychiatry* 12: 63–70.

Zung, W. W. K. (1967a) 'Factors influencing the Self-Rating Depression Scale', *Archives of General Psychiatry* 16: 543–7.

Zung, W. W. K. (1967b) 'Depression in the normal aged', *Psychosomatics* 8: 287–292.

Zung, W. W. K. (1971) 'Depression in the normal adult population', *Psychosomatics* 12: 164–7.

Zung, W. W. K. (1972a) 'How normal is depression?', *Psychosomatics* 13: 174–8.

Zung, W. W. K. (1972b) 'The Depression Status Inventory: an adjunct to the Self-Rating Depression Scale', *Journal of Clinical Psychology* 28: 539–43.

Zung, W. W. K. (1973) 'From art to science: the diagnosis and treatment of depression', *Archives of General Psychiatry* 29: 328–37.

Zwick, R. (1983) 'Assessing the psychometric properties of psychodiagnostic systems: how do the research diagnostic criteria measure up? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 117–31.

الفصل السادس

عــلاج الاكــتئاب

Depression : Treatment

Brendan P. Bradley برانـدن . ب برادلـى

الفصل السادس

علاج الاكتئاب

برانـدن ب برادلى Brendan P. Bradley

يعد الاكتئاب إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعاً . وتفترض بعض الدراسات معدلات تتراوح بين ٢,٢ إلى ٣,٥ فى المئة لاضطراب الاكتئاب الرئيسى ، ومعدلات للاكتئاب العصابى أو البسيط تتراوح بين ٢,١ إلى ٣,٨ فى المئة (Myers et al., 1984) . والاكتئاب الذى لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيص والإحصائى الثالث المعدل DSM - III R أكثر شيوعاً . ويقدر أن ما بين ٩ فى المئة و ٢٠ فى المئة من مجموع السكان يعانون فى وقت أو آخر على امتداد أعمارهم ، من أعراض جوهرية للاكتئاب (Boyd and Wissman , 1981) ، وقد قدرت الدراسة السابقة أن النساء اللاتى يعانين من الأعراض الأكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف عدد الرجال .

وقد استخدمت طرق نفسية عديدة لعلاج الاكتئاب ، غير أنه تم خلال العقدين الأخيرين فقط إجراء مقارنات تقييمية ، تتسم بالضبط بين هذه الطرق المختلفة.

وتتضمن طرق العلاج الحالية من الاكتئاب كلاً من الوسائل الطبية والنفسية ، وتتضمن الطرق الأولى ، استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب (مثل Tricyclis , monoamine oxidase inhibitors {MOAIS} , Lithium carbonate . والعلاج بالصدمات الكهربائية (٢) . ويستخدم الـ narcois المعدل مع الصدمات الكهربائية بالنسبة للمرضى ممن يكون اكتئابهم شديداً للغاية ومقاوماً للأساليب العلاجية الأخرى، وتستخدم حتى الجراحة النفسية (٣)(Kell˜ , 1982) .

وبالمثل تتنوع الطرق غير الطبية ، فهى تتضمن الأساليب السلوكية (مثال ذلك الاسترخاء العضلى التدريجى ، الإغراق ، الاتفاق التعاقدى (٤) ، زيادة المشاركة فى الأنشطة السارة ، التدريب على المهارات الأجتماعية ، العلاج الأسرى السلوكى) والأساليب المعرفية (مثل طريقة بيك العلاجية ، علاج إليس Ellis الوجدانى العقلانى (٥) ، حل المشكلات ، التشريط المعرفى (٦)) كما استخدمت طرق مثل التمرينات والعلاج التفاعلى ، وخفض مشاعر فقدان الحيلة ، واستخدام العلاج المعرفى والسلوكى معاً فى بعض الدراسات . وقد طبق مثل هذا العلاج على حالات مختلفة فردية وجماعية ، وتراوح من تلقوا هذه

---

(1) Dysthymia
(2) Electroconvulsive therapy (ECT)
(3) Psychosurgery
(4) Contingency Contracting
(5) Rational Emotive Therapy
(6) Covert Conditioning

العلاجات من الاكتئاب بين طلاب جامعيين متطوعين إلى مرضى مقيمين فى المستشفيات ، ومن حالات شديدة إلى حالات اكتئاب متأخرة .

وقد روعيت اعتبارات انتخابية متطرفة فى هذا الفصل لتنوع أساليب العلاج النفسى للاكتئاب . وقد أدى كثير من الطرق التى أشير إليها فيما سبق إلى نتائج إيجابية ، متضمنة فى تقارير الحالات الفردية. وعلى أى الأحوال يتعين(على المرء أن يقلق من هذا المنهج فى علاج اُلاكتئاب على وجه الخصوص، و ذلك نتيجة لأن الدكتئاب بحكم طبيعته حاله متقطعة (Clayton ,Ë1984) ؛ فنوبة اكتئابية تدوم غالبًا لعدة شےور تعقبها فترة من الحالة المزاجية المعتدلُ . وبالتالى فإن الدراسات المضبوطة التى يث فيها المقارنة بين أساليب العلاج وبعضها وبين قوائم من حالات الانتظار المرضية ، ذات زيمة على وجه الخصوص ؛ من حيث توفيرها لتقييه مناسب للآثار النسبية .

مكانة الأساليب امنفسية فى علاج الأكتئاب

تعد الأســاليب النفسية فى علاج الاكـتئاب مستهلكة للوقت ومكلفة ، مقـارنة بالعـلاج بالعقاقير والصـدمات الكهربائية . لماذا إذًا تستخدم أساليب العلاج النفسية ؟ أحد أسبـاب فحص الأساليب النفسية هى انه بينـما يؤدى العلاج الدوائى عموماً إلى خفض ملحوظ فى الأعراض ، فإنه دائماً ما يترك المرضـى أعلى درجـة من المستويات المعيارية للأفراد غير الاكتئابيين على مقـاييس الاكتئاب (Melean and Hakstian , 1979) . والأكثر من ذلك أن عمومية التحسن على امتداد المكونات المخـتلفة للاكتئاب (أى التقدير الذاتى للحالة المزاجـية ، والأعراض البدنيـة والسلوكية) غير واضحـة (Hollon , 1981) . ويستجيب بعض المرضى بطريقة أكثر تباينًا من الآخرين على المتغيرات المختلفة ، إلا أنه يصعب التنبؤ بمثل هذه الفروق (Rogers and Clay , 1975) بالإضافة إلى ذلك لا يمكن علاج كل المرضى بواسطة العقاقير ، فالنساء الحوامل ، والمرضى ذوى الاضطرابات العضوية الحادة ، والكثير من المرضى المسنين غالباً مالا يمكن علاجهم باستخدام الجرعات المناسبة والآمنة من مضادات الاكتئاب . وقد تكون الآثار الجانبية للعلاج الدوائى مثيرة لما يكفى من الأسى ، بما يجعل المرضى لا يستمرون فى العلاج ، ويذكر هولون (Hollon , 1981) معدلات تتراوح بين ٢٠ إلى ٥٠ فى المئة لحالات ترك العلاج ، مضيفاً إلى ذلك أن تقديرات الاستجابة للدواء ربما تضخمت تناسبيًا مع كثرة انسحاب غير المستجيبين للعلاج ، وقد يكون الحفاظ على مكـاسب العلاج من الأمور المشكلة . فالاكـتئاب عادة ما يعاود المريض ، وبالتالى تستخدم الطرق الدوائية لفترات طويلة للمحافظة على النتائج (Davis , 1976 , Schon , 1976) ولم يتم توثيق مخـاطر هذا الإدمان على الدواء جـيداً . ويعد الـ Tricyclic المضاد للاكتئاب مشكلة كبرى فى حالة تعاطى جرعات زائدة ، وحتى الجـرعات الكـاملة على مدى أسـبوع يمكـن أن تكون مهلكة (Lader and Harrington, 1990).

وتستخدم الصدمات الكهربائية عادة مع مرضى الاكتئاب الشديد المقيمين فى المستشفى ، وتوجد تقارير عن معدلات عالية من التحسن نتيجة لها (Lehmann , 1977) . غير أن هذه المعدلات العالية تشيرإلى نسبة المرضى الذين يظهرون بعض التحسن ، ومقدار مثل هذا التحسن قد يتباين بشدة ، ولا توجد مؤشرات على أن العلاج بالصدمات الكهربائية له تأثير واق من المرض ، والمخاوف شائعة حول مقدار ما فيه من أمان مما حد من تقبل المرضى له ، ومن تقبل فريق العناية له أيضاً .

والعلاج النفسى الدينامى التقليدى عادة مايعد مستنزفًا للوقت ومكلفًا مقارنة بأساليب العلاج السلوكى المعرفى ، ولم تظهر له فعالية عندما قورن بمجموعات ضابطة غير محددة ، أو بالعلاج الدوائى أو العلاج الجسمى ، (Hollon and Beck , 1978 , 1979) ، ويستثنى من ذلك طريقة العلاج التفاعلى (١) لويزمان Weissman التى ظهر أن لها تأثيرًا علاجيًا محدداً فى حالات الاكتئاب والأداء الإجتماعى (Weissman etal, 1979 , Elkin et al., 1989) ، بالإضافة إلى ذلك .. فقد نشر شابيرو وآخرون Sha-piro et al. (1990) نتائج أولية ايجابية لنموذج استكشافى لأسلوب علاج ذى توجه علاقاتى ، وكما يشير وليامز (Williams 1984) قد تشترك هذه الأساليب فى عدد من الطرق مع الأساليب المعرفية السلوكية .

ومن الواضح أنه بينما حدث تقدم ملحوظ فى علاج الاكتئاب بالوسائل الدوائية والصدمات الكهربائية ، فإن هناك عيوباً ، وبالتالى فإن استخدام الطرق النفسية مرحب به ، وقد حظى العلاج السلوكى والمعرفى بأغلب الاهتمامات البحثية فى الأعوام الأخيرة . وهناك نتيجة عامة هى أن هذه الاساليب العلاجية التى تجمع بين كل من الطريقتين تعمل بشكل أفضل من تلك التى تحد نفسها تماماً بالاساليب السلوكية أو المعرفية فقط (Taylar and Marshall , 1977)

وأكثر أساليب العلاج المعرفية السلوكية التى كانت موضوعًا لبحوث شاملة هى العلاج المعرفى (CT, Beck et al., 1979 b) وباستثناءات نادرة كان تأثيره فى علاج حالات الاكتئاب أحادية القطب للمرضى غير الذهانيين ، وكذلك فى الوقاية من الانتكاس تأثيرا حقيقياً .

وهناك تقارير حول نتائج إيجابية أخرى متسقة مع نتائج هذا العلاج من مراكز أخرى وبلاد أخرى ، أكثر مما يوجد لبقية الأساليب العلاجية النفسية . وبالتالى فهذا الأسلوب العلاجى هو الذى سأركز عليه هنا .

فعالية العلاج المعرفى السلوكى

فحص دوبسون Dobson (1989) فى واحدة من أكثر المراجعات شمولاً فى هذا الميدان نتائج ثمانية وعشرين دراسة ، واستخلص منها أن علاج بيك المعرفى يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكى أو الدوائى (وأكثر فعالية من حالات عدم تلقى علاج) فى علاج الاكتئاب الاكلينيكى ، كما استخلص ايضاً أنه متفوق على أساليب العلاج النفسى الأخرى فى علاج الاكتئاب على الرغم من اعترافه أن مقارنات تالية مطلوبه قبل إغلاق الحديث فى هذه القضية .

وكان أداء المريض الاكتئابى المتوسط الحاصل على علاج معرفى فى الدراسات التى فحصها أفضل من ٩٨ فى المئة من المجموعة الضابطة ، من غير الحاصلين على علاج ، ومن ٦٧ فى المئة من العملاء الحاصلين على علاج سلوكى ، ومن ٧٠ فى المئة من الذين عولجوا بالعقاقير المضادة للاكتئاب ، ومن ٧٠ فى المئة من العملاء الذين عولجوا بأساليب نفسية أخرى ، وكان العلاج بالصدمات مساوياً فى تأثيره بالنسبة للرجال والنساء .

(1) Interpersonal Psychotherapy.

ويوافق هولون وزملاؤه (Hollon et al. (1991 فى مراجعتهم على أن العلاج بالصدمات بديل واعد للعلاج الدوائى ، ويشيرون الى :

(أ) أن هناك دلائل على أن العلاج بالصدمات يضاهى العلاج الدوائى بالـ Tricyclics فى علاج النوبات الحادة (١) .(ب) مع بعض الاستثناءات .. فإن الجمع بين العلاج بالصدمات والعلاج الدوائى لا يبدو متفوقًا على أى وسيلة منهما منفردة . (جـ) قد تحمى الصدمات الكهربائية فى مرحلة النوبات الحادة من حدوث نكسة . وكان هولون وزملاؤه حذرين فى تبريراتهم واستخلاصاتهم أكثر من دوبسون ، وأشاروا إلى أن هذه الاستنتاجات يمكن اعتبارها أولية فقط ؛ نظرا لمحدودية تقييم الدراسة وإجرائها ، وهناك نتائج من دراسة واسعة النطاق، قام بها المعهد القومى للصحة العقلية (٢) (Klin et al., 1989) أقل إيجابية فى نتائجها إلى حد ما فيما يتعلق بالكفاءة الأولية للعلاج من تلك التى توحى بها استخلاصات دوبسون ، على الرغم من أن عدداً قليلاً من المرضى ، الذين عولجوا معرفيًا ، تطلب الأمر علاجهم على امتداد عام المتابعة (Shea et al., 1992) ، وقام الكين وزملاؤه (Alkine et al. (1989 بدراسة صنفوا فيها عشوائياً ٢٥٠ مريضاً خارجياً من ذوى اضطرابات الاكتئاب الأساسية فى اربع فئات علاجية مختلفة هى : العلاج المعرفى السلوكى ، العلاج التفاعلى (وهو فترة علاجية قصيرة ذات توجه تحليلى نفسى (Klerman et al., 1979) علاج عيادى + عقار الـ imipramine ، علاج عيادى + عقار زائف (٣) ، وظهرت فى التحليل النهائى بعد انتهاء فترة العلاج فروق جوهرية ضئيلة بين تأثير أساليب العلاج المختلفة، غير أن هذه الفروق تشير إلى أن الـ imipramine مع العلاج العيادى كان أدائهما جيدا ، وكان التالى لهما هما نوعى العلاج النفسى ، وكانا شديدى القرب فى تأثيرهما ، بينما كان العلاج العيادى والعقار الزائف آخرها . ويبدو أن العلاج التفاعلى والـ imipramine مع العلاج العيادى كانا هما الأكثر فعالية فى الحالات ذات الاكتئاب الحاد والمعوق . ويتعين ملاحظة أنه توجد مناقشة حول مقدار التأثير ، الذى يقوم به المعالج المعرفى ، من خلال إشرافه التالى (Hollon and Najavits , 1980) .

وتدعم دراسة أخرى حديثة فكرة أن بعض أساليب العلاج النفسى قصيرة المدى – غير المشتقة، سواء من التقاليد السلوكية أو المعرفية – يمكن أن تكون مفيدة فى علاج الاكتئاب . وقد وجد شابيرو وزملاؤه (Shapiro et al. (1990 أن العلاج الاستكشافى (٤) (ذا التوجه العلاقاتى) كان مكافئاً فى تأثيره للعلاج المعرفى فيما يختص بخفض الاعراض الاكتئابية ، غير أنه يبدو أن العلاج الاستكشافى يعطى نتائج أفضل فيما يتعلق بالصعوبات التفاعلية بين الافراد . وتثير هذه النتائج الاهتمام ولكن يتعين ألا تحول انتباهنا عن تبين أنه عند الموازنة سنجد أن هناك الكثير من الدعم من الدراسات ذات الضبط المنهجى ، جيدة الإجراءات لكفاءة العلاج المعرفى للاكتئاب ، اكثر من أى طريقة نفسية علاجية أخرى .

وقد استخدم أسلوب الجمع بين العلاج المعرفى والعلاج الدوائى فى عدد من الدراسات ، ويقدم هولون وزملاؤه (Hollon et al. (1991 مراجعة لها ، ويستخلصون أن العلاج المعرفى وحده يوفر أكبر درجة من الوقاية من الانتكاسات بالقدر نفسه الذى يوفره هذا الجمع بين الأسلوبين ، وقد دعمت عدة

---

(1) Acute .
(2) National Institute of Mental Health (NIMH) .
(3) Placebo .
(4) Exploratory therapy.

دراسات خاصية منع الانتكاسة فى العلاج المعرفى , Blackburn et al., 1986 (Kovacs et al., 1981 , Simons et al., 1986 , Hollon et al., 1991 , Shea et al., 1992) ، وهناك بعض الدلائل فى دراسة قام بها باورز (Bowers (1990 . توحى بأن هذا الجمع يمكن أن يكون أفضل من العلاج الدوائى وحده بالنسبة للمرضى شديدى الاكتئاب من المقيمين بالمستشفى ، بالإضافة إلى ذلك ، وجد ميلر وزملاؤه Mill-er et al. (1989) أن العلاج المعرفى والعلاج المعرفى السلوكى ذا التوجه نحو التدريب على المهارات الاجتماعية حسّن كل منها نتائج المرضى الاكتئابيين المقيمين فى المستشفى ، ممن تلقوا علاجًا معياريًا ، يتضمن أدوية وجلسات علاج عيادية ، وعلاجًا فى بيئة المستشفى . يضاف إلى ذلك أن هناك معدلات انتكاس أكثر انخفاضاً ، على امتداد فترة عام المتابعة فى مجموعات العلاج المعرفى السلوكى .

ويبدو أن كلاً من العلاج المعرفى والعلاج الدوائى يؤديان إلى تغيرات معرفية متشابهة ؛ بمعنى أن الأفكار والاتجاهات السلبية أصبحت أقل سلبية مع التحسن فى الحالة المزاجية ؛ دون اعتبار لنوع العلاج (Simons et al., 1984 b . Zeiss et al., 1979 , Imber et al., 1990) وعلى أى الاحوال فبينما تنبئ هذه التغيرات المعرفية بالتحسن خلال الجلسات التالية فى العلاج المعرفى ، فإنه يبدو أنها لا تنبئ بالتحسن ، عندما يستخدم العلاج الدوائى (Derubeis et al., 1990) ، بما يوحى أن الأداء المعرفى قد يلعب دوراً وسيطاً خلال فترة العلاج المعرفى ، ولكنه لا يلعب مثل هذا الدور خلال العلاج الدوائى . وبينما تميزت عمليات التغير بين هذين الأسلوبين للعلاج ، إلا أنه يمكن استخدامهما معًا دون ضرر واضح (Hollon et al., 1991) . يضاف إلى ذلك ان نتائج دى روبيز وزملائه (De Rubeis et al. (1990 تشير إلى أنه طالما أن كلاً من عقاقير الـ Tricyclics المضادة للاكتئاب والعلاج المعرفى يغيران الحالة المعرفية ، فإن استخدام الدواء لا يمكن اعتباره علاجا فى حد ذاته فقط ، ولكن كقرين للعلاج المعرفى فى الحالات التى تواجه فيها صعوبات تحدى العناصر المعرفية السلبية ، وقد وجد هولون وزملاؤه Hollon et al. (1991) ما يوحى ببعض الإمكانات التعزيزية المحتملة لتأثير العلاج عند الجمع بين النوعين ، على الرغم من أن دراسات أخرى أفضل ضبطاً مازالت مطلوبة لفحص هذه الإمكانية ، ويفترض باربر ودى روبيز Barber and De Rubeis (1989) أن هناك ثلاث آليات ممكنة تقف خلف فعالية العلاج المعرفى : أولاً أن العلاج المعرفى يمكن أن يغير من المنظومات المعرفية السلبية ، غير أن هناك دلائل محدودة على ذلك ، طالما أن التغيرات المعرفية ليست قاصرة على العلاج المعرفى وحده . الإمكانية الثانية هى أن المنظومات السلبية ينخفض نشاطها ، بينما تنشط المنظومات التوافقية .

ومن المؤكد أن هذا الأمر يقف خلف فعالية العلاج الدوائى ، ولكنه لا يفسر بوضوح لماذا يكون العلاج المعرفى فعالاً فى منع النكسات . ويؤيد باربر ودى روبيز الآلية الثالثة ، التى تقوم على أن العلاج المعرفى يوفر مجموعة من المهارات التعويضية ، التى يمكن استخدامها فى التعامل مع المكونات المعرفية الاكتئابية عند ظهورها ، وهى تسمح – مع المران المتكرر – بإمكان ظهور تغير فى المنظومات المعرفية ، مع ملاحظة أن ذلك لا يحدث فى نطاق البرنامج العلاجى المعرفى التقليدى قصير المدى .

عودة إلى قضية تأثير تكلفة العلاج النفسى ، أصبح من المتفق عليه أن مثل هذا العلاج يتطلب عمومًا فترة اتصال بالمعالج أطول مما يتطلبه العلاج بالعقاقير . ومع ذلك .. فإن الدلائل على أن العلاج المعرفى يقلل من خطر الانتكاس مقارنة بالعلاج الدوائى ، عندما يعطى فى المرحلة الحادة ، توحى بأن

العلاج المعرفى أكثر فعالية ، ويمكن أن يؤدى إلى إنفاق وقت أقل على المدى البعيد ، بالإضافة إلى ذلك، فهناك دلائل على أن الوفر فى العلاج الدوائى لوقت الاتصال بالمعالج والضرورى لتحسن الأعراض ، قد يكون متواضعاً للغاية ؛ مما يمكن للمرء أن يتوقعه .

وتشير أعمال فريمان (اقتباساً من Willams , 1992) إلى انه بينما يستغرق العلاج الدوائى فى المتوسط ١١ ساعة قبل ظهور تحسن فى الأعراض ، فإن العلاج المعرفى يستغرق ١٤,٦ ساعة ، ويستغرق الإرشاد الدينامى ٢٠,٩ ساعة ، وبالتالى فإن ميزة العلاج الدوائى هى ٣,٦ ساعة فقط ، وهى ميزة يمكن تجاهلها مقابل نوبة انتكاس واحدة .

وعلى القراء المهتمين بمناقشة تفصيلية أكثر للفعالية الفارقة والانتكاس ،الرجوع الى وليامز Williams(1992) .

عرض لعلاج بيك المعرفى

ترى نظرية بيك Beck فى الاكتئاب أن المزاج الاكتئابى ينتج من الأفكار والإدراكات السلبية المتحيزة ، وهو يرى أن الأفراد المكتئبين هم تقليدياً أشخاص متشائمون فى نظرتهم العامة ، ويقدمون تفسيرات سلبية مشوهة للخبرة سواء الحالية أو الماضية . ويعرض بيك (1976) الخطوط العريضة للعمليات التشويهية مثل الإفراط فى التعميم (مثال ذلك أنه عند الوقوع فى خطأ يفكر الشخص المكتئب كالآتى : دائماً ما أقع فى هذا الخطأ) والتجريد الانتخابى (مثال ذلك العناية بالجوانب السلبية فى الخبرة) ، التضخيم والتصغير (مثال ذلك تضخيم الصفات السلبية وتصغير الصفات الايجابية) ، ثنائية المنطق أو التفكير بطريقة الكل أو لا شيء (مثال ذلك : اذا فقدت هذا الشيء فعلى أن أموت) .

وقد استخدم بيك مفهوم المنظومة أو البنية المعرفية لتفسير هذا النسق العريض من التشويهات السلبية فعندما يكون الشخص مكتئباً ، تنشط المنظومات السلبية وتسيطر على العمليات المعلوماتية . ويرى بيك أن المنظور السلبى للأفراد المكتئبين يعمل بمثابة طوق يحاصر الذات ، عالمها ومستقبلها ، وهذا ما يشكل الثلاثى المعرفى السلبى ؛ حيث ينظر الفرد إلى الذات باعتبارها معطوبة أو غير مناسبة بالمعنى النفسى أو الأخلاقى أو الفيزيقى (الجسمى) ، وتميل الخبرات غير السارة لأن تعزى لهذا العيب ، وتفسر الخبرات بطريقة سلبية ، وينظر إلى الحياة باعتبارها تفرض متطلبات متطرفة ، وتفسر التفاعلات مع البيئة باعتبارها تمثل هزيمة أو إحباطاً ، وتقود نظرة الشخص المكتئب إلى الحياة إلى توقعات سلبية، وتوقع الفشل . ويرى بيك فى كل هذا تفسيراً للدافعية المنخفضة التى عادة ما تصاحب الاكتئاب . وبافتراض أن الأفراد المكتئبين يتوقعون نتائج غير سارة من اعمالهم ، فإن تعطل خصائصهم ، وقصورهم الذاتى يبدو مفهوماً . ويقدم هاجا وزملاؤه (Haaga et al. (1991 مراجعة للدلائل التجريبية ، التى تدعم نظرية بيك فى الاكتئاب ، ويخلصون الى انه خلال المرحلة الاكتئابية تظهر الناس دلائل على التشويه المعرفى ، على الرغم من وجود دلائل قليلة ، لصالح الانجراح المعرفى عندما يكونون متحررين من الاكتئاب.

وعلاج بيك المعرفى (Beck et al., 1976 b) عبارة عن حزمه علاجية مشتقة من نظريته ، أهدافها هى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وانتاج بدائل أكثر مناسبة وأفكاراً توافقية ، ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية . وهناك تأكيد على العلاقة

بين المعالج والمريض . والتوحد أو التقمص الذى يحدث ، عندما يتفهم المعالج كيف يشعر المريض ، والتواصل معه فى ذلك يعتبر مهمًا فى ممارسة العلاج ، بنفس أهمية الصدق ومشاعر العناية والاهتمام بصحة المريض ، ويتضمن هذا المنحى مكونًا تعليميًا جوهريًا حيث يتعرض المرضى من خلاله لفكرة أن الأفكار السلبية ذات أهمية جوهرية فى الاكتئاب ، وتعرض عليهم طرق تغيير هذه الأفكار ، ويشجع المرضى على النظر إلى العلاج على أنه مشروع مشترك يقوم خلاله المعالج والمريض معا بتحديد المشكلات المستهدفة، التى يتعين تناولها خلال برنامج العلاج ، ويتعين أن يتضمن ذلك الاعراض الاكتئابية نفسها ، مثل صعوبة التركيز والمشكلات الخارجية ، مثل صعوبة إقامة علاقات . وعند التوصل إلى اتفاق على المشكلات الرئيسية ، توضع أولويات لمعالجة كل منها ، على أن يوضع فى الاعتبار كل من : مدى أهميتها للمريض ، ومدى ما تبدو عليه من قابلية للتغيير ، ويوضع جدول للبنود فى بداية كل جلسة ، يغطى النقاط التى ستناقش خلال هذه الجلسة ، وتراقب إستجابة المرضى لتدخل المعالج بعناية ؛ بحيث يمكن مناقشة إمكانية ظهور الأفكار السلبية ويجاب عنها . ويراعى الاهتمام بمؤشرات سوء الفهم أو الاستجابات (ردود الفعل) السلبية ، مثل الفشل فى تسجيل الافكار السلبية . ذلك أن بعض المرضى يظهرون الإذعان والمطاوعة ، بينما هم غير موافقين فى صمت على ما يطلب منهم عمله .

والعلاج المعرفى علاج قصير الأمد ، وعادة ما يكون متوسط فترة العلاج أقل من خمسة عشر اسبوعاً . وفى الواقع ، وكما سبق مناقشته من قبل ، وجد فينيل وتيسيدال Fennell and Teasdale (1987) أن أكبر نسبة من الاستجابة للعلاج فى الحالات الواضحة تظهر فى الجلسات القليلة الأولى . ويمكن استخدام هذه المعلومة فى تقرير ما إذا كان المريض مناسبًا للعلاج المعرفى ، ويمكن استخدام فترة اختبار تمتد لخمسة جلسات لتقرير ما اذا كان هناك تحسن قد ظهر أم لا . وبالطبع فإنه من الضرورى إعلام المريض من البداية بفترة الأختبار .

برنامج بيك العلاجى المعرفى - الجلسات الأولى .

أهداف المعالج فى البداية هى الآتى (١) التقييم (٢) إدماج المريض اجتماعيا فى النموذج المعرفى (٣) التعامل مع تشاؤم المريض من العلاج وتشاؤمه بصفة عامة (De Rubeis and Beck , 1988) ، ويتم البدء بتحديد المشكلات النوعية ويقاس الاكتئاب ببطارية بيك للاكتئاب BDI [1] أو أى اداة أخرى (انظر Ripper الفصل الثالث) ، ويتم الحصول على المعلومات حول خلفية حياة المريض ، وكذلك التحقق من وجود رغبات انتحارية ، وبعدئذ تحدد الأولويات بالنظر إلى أى المشكلات يتعين التعامل معها أولاً . وعادة ما يتم ذلك على أسس من مدى أهمية وسهولة تغيير الصعوبة ، ومدى نشاط المريض ، ومقدار البهجة التى يحصل عليها من هذا النشاط . وتقدم للمريض فكرة عن تأثير الأفكار على المشاعر ويطلب منه محاولة تذكر أية أفكار ، عرضت له خلال الفترة الحديثة ، عندما كانت حالته المزاجية منخفضة ، وهل أدت هذه الأفكار لشعوره بعدم السعادة أو هل لها الآن هذا التأثير عندما تذكرها ؟ ويمكن إحداث تناقض بين هذه الأفكار ، وأفكار أخرى ، ترتبط بأوقات شعر خلالها المريض بالسعادة .

---

(1) Beck Depression Inventory (BDI)

ويمكن للمعالج إيضاح العلاقة بين الأفكار والمشاعر وكيفية التمييز بينهما ، وهناك مثال شائع لذلك يتضمن السؤال عن الافكار والمشاعر ، التى يمكن أن تنشأ فى منتصف الليل لدى شخص أثناء نومه فى منزل غير مألوف له ، ويسمع المريض صوت زجاج النوافذ يتكسر ، وتنتابه مشاعر التنبه والخوف وأفكار حول سرقة تحدث ، وعندئذ يمكن للمعالج أن يطلب من المريض فحص هذه الأفكار ، وأن يفكر فى تفسير بديل لها ، مثل ربما اصطدمت قطة بشيء ما . وهنا ما الذى سيشعر به المريض - الراحة بالطبع؟

وقد يكون الكتيب المعنون « تعامل مع الاكتئاب » الذى وضعه بيك وجرينبرج (١) Beck and Greenberg (1974) مفيداً للغاية فى توفير معلومات أساسية وملاحظات مفيدة حول العلاج ، بالقدر نفسه الذى يوفره كتاب بيرنز (Burns (1980 ، «الشعور أنك على مايرام» (٢) ويتعين مساعدة المرضى على تحدى ومواجهة واحدة من أفكارهم الشخصية السلبية ، وبالتالى يستطيع المعالج أن يبين أن مثل هذه الأفكار التلقائية السلبية والمثيرة للكآبة يتعين عدم قبولها على أنها حقيقية ، وأنه يمكن التحكم فيها .

يوضح للمرضى بعد ذلك كيف يمكنهم وضع قائمة بأفكارهم فى صحيفة تسجيل ، وكما تحدث لهم ، مع الإشارة إلى المواقف التى ظهرت فيها ، والمشاعر التى صاحبتها (الغضب ، الاحباط ، اليأس ، وهكذا) ، ويطلب من المرضى وضع هذه القوائم يوميًا فى نموذج معد ، وذلك بمثابة واجب منزلى يقومون به ، ومن المهم فى هذه المرحلة التأكيد أن المريض يستطيع أن يميز بوضوح بين الافكار والمشاعر ، وما أن يتم إكمال ذلك بنجاح ، حتى يبدأ تسجيل كثافة مثل هذه الأعراض وقوة الاعتقاد فى صدق الأفكار ، ويتعين بالمثل تسجيل التحدى لهذه الأفكار والتغيرات المناظرة فى المشاعر والمعتقدات ، فى هذا السجل (جدول ١ - ٦) .

وإذا اظهر الفحص الأولى أن المريض غير نشط ، وأنه قد ينفق عدة ساعات راقداً على الفراش بطريقة سلبية أو مراقبًا للتليفزيون ، فسيكون من الملائم بصورة أفضل أن نقدم له قائمة أنشطة أولاً ، ويمكن تحديد بعض الأنشطة البسيطة ، التى يستطيع المريض أن يحصل منها على مكافآت ، ولكنها أنشطة تخلو من المتطلبات الكثيرة .

وقد يدعى المرضى أنهم لا يفعلون شيئاً ، أو يحصلون على أية بهجة من الأنشطة اليومية ، وبالتالى فإن تسجيل هذه الأنشطة ، وترتيب إكمالها والمتعة منها (قائمة النشاط) يمكن أن يوفر اختباراً مهمًا لهذا الفرض الذى غالبا ما يظهر أنه غير صحيح . ويرى المعالج المريض مرتين فى الأسبوع أو أكثر قليلاً فى البداية ، إذا كان شديد الاكتئاب .

بنية المواقف

يجيب المرضى فى بداية كل موقف عن بطارية بيك للاكتئاب BDI أو مقياس مشابه ، ثم يضع المعالج والمريض سويًا برنامج العمل والتمرينات المنزلية ، وتناقش أية صعوبات خطيرة ، تكون قد ظهرت

(1) Coping with Depression .
(2) Feeling Good .

منذ الجلسة الأولى ، كما تناقش الأفكار حول الجلسة والعائد منها ، وعندما يتم وضع قائمة البنود يتفق المريض والمعالج على ترتيب تناول هذه البنود ، وعلى ما إذا كان من الممكن تناول كل البنود بطريقة مناسبة خلال الجلسة . وعلى اى الاحوال ، إذا رغب المرضى فى الحديث عن موضوعات أخرى يرون أنها مهمة ، فعلى المعالج أن يكون مرنًا فى تعديل بنية الموقف التى عرضنا لها فيما سبق . وهذه المرونة ضرورية للحفاظ على علاقة بناءة بينهما . وتساعد البيانات التى يقدمها المريض فى قائمة الأنشطة وفى تسجيلاته للافكار السلبية على تحديد التدخلات الأخرى التى قد تكون ضرورية ، مثل : التدريب التوكيدى، والتدريب على المهارات الإجتماعية ، والعلاج الأسرى ، والتعرض التدريجى لعلاج المخاوف وغيرها .

تحدى أو مواجهة الافكار التلقائية السلبية

يعد تحدى ومواجهة الأفكار السلبية من الأمور المحورية فى العلاج المعرفى ، وتظهر مثل هذه الافكار تلقائيًا ، وتتضمن عدداً من التشويهات ، ويمكن مواجهتها بواسطة تحديد هذه التشويهات وتجنبها، بواسطة محاولة تقرير ما إذا كانت هناك حقيقة أية دلائل تؤيد الأفكار السلبية ، وبواسطة جمع الدلائل ونقضها ، ومحاولة البحث عن الاعمال التى يمكن القيام بها لاختبار الأفكار ، أو من خلال تغيير الموقف . مثال ذلك إذا كانت الفكرة السلبية هى «لا نفع منى فى أى شيء» ، فيشجع المريض على تذكر خبرات محدده ناجحة ، ويكون الواجب المنزلى الذى يمكن النصح به هو تسجيل المواقف ، التى توقع فيها الشخص المكتئب الفشل ، بينما يوحى عمله السابق أن النجاح كان هو الاغلب . وثمة طريقة أخرى تتضمن تغيير خصائص أو صفات الأحداث غير السارة ، مثال ذلك مريضة اكتئابية لم تحصل على الوظيفة التى كانت تريدها ، وهى تفسر الموقف على أنه يعنى أنها ليست بالكفاءة المطلوبة ، ويشجعها المعالج على صياغة إمكانات اخرى مثل « كان هناك ١٥ متقدمًا لهذه الوظيفة » أو « كانت مؤهلاتى أعلى من المطلوب لهذه الوظيفة » أو « لم أحصل على الخبرة الصحيحة اللازمة لهذه الوظيفة » ، وسيكون من المفيد إعطاء المريض قائمة بالخطوط العريضة المطلوبة ؛ لمواجهة الأفكار السلبية (مثل المعروض فى جدول ٢ – ٦) ، وفيما يلى امثلة لأساليب مواجهة الافكار السلبية .

جدول (١ - ٦) : أمثلة لتسجيل الأفكار البديلة

التاريخ	درجة الانفعال (صفر-١٠٠)	الموقف	الفكرة السلبية (أعتقد من صفر-١٠٠)	الفكرة البديلة	١- الاعتقاد في الفكرة البديلة ٢- الانفعال ٣- ماالذى تستطيع عمله الآن
١٢/٧	مكتئب (٧٠)	عدت من العمل إلي المنزل	لم أفعل أى شيء صواب اليوم (٩٠)	هذا غير صحيح فقد أجريت خمس مكالمات تليفونية ورتبت مكتبى	١ - ٥٠ ٢ - ٤٠ ٣ - التخطيط لنشاط واحد مرضي غداً في العمل
١٢/٧	زهقانة (٨٠)	جدل مع زوجي	دائما ماأكون مخطئة (٩٠)	دائما نشارك معاً فى هذا. أنا عادة لاأجادل	١ - ٢٠ ٢ - ٤٠ ٣ - يمكننا الجلوس لمناقشة هذه القضية عندما لانكون متعبين.

ماالدليـــل

جون يعمل ممــثلاً وهو فى المتاســـعة والثلاثين من عمره ، أشار إلى أنه « كان » ممثلاً لامستقبل له على المسرح ، وعندما سئل عن الدليل المؤيد لهذ الفكرة ، قال إنه لم يتلق أى عرض عمل على مدى الأسابيع القليلة الماضية ، وكشفت المناقشـــة المتالية أن هذا ليس أمراً غير مألــوف بين الممثلين ، وأنه على أى الأحــوال كان ميالاً للعزوف عن السعى نحو عروض العمل ، التى كانت تعرض عليه فى الماضى ، كارهًا لفكرة أنه «يسوق نفسه» ، وقد أدرك مع المناقــشة أن الدليل الذى اســتخدمه لا يؤيد فى واقــع الأمر النتيجة الأصلية التى خرج بها . وعندما طلب منه أن يقــدم دليلاً مضــاداً لأفكاره السلبية ، كشف جون أنه قام حديثاً بدور فى مسرحية لاقت قبولاً حسناً ، وإنه عمق من نمطه فى التمثيل ، وأنه تلقى خلال الشهور القليلة الماضية اتصالا من اثنين من الوكلاء الفنيين .

ما البــدائل

عزى جون فشله فى تلقى أية عروض عمل خلال الأسابيع القليلة الماضية إلى عامل داخلى مستقر لديه ، وهو أنه " كــان " ، غير أنه كان قادراً على تقديم بديلين ، لاحظ أنهما معقولين .

١ – فعدم تلقى عرض عمل لعدة اسابيع قليلة أمر شائع نسبياً فى مجال عملى ، وأن ذلك حدث لى ولآخرين عدة مرات قبل ذلك ، وكان يتبعه دائماً الحصول على عمل .

٢ – فشلت فى الحصول على عمل ؛ لأننى لم أجعل الناس يعرفون أننى أريد عملا .

جيل سكرتيره فى الثلاثين من العمر تعتقد أن زميلاتها فى العمل لا يرغبن فى الحديث إليها ، وليس فى مقدورها أن تقدم دليلاً على ذلك . وقدمت فكرة بديلة وهى أنها إذا قامت بجهد أكبر للحديث معهن ، فسيكن أكثر مودة معها وسيتحدثن اليها أكثر وكان تقديرها لقوة اعتقادها فى هذه الفكرة ٥٠ ٪ وقد وافقت على أن تعرّض فكرتها للاختبار . وبداية سجلت فى واجبها المنزلى ما الذى تتحدث فيه بقية السكرتيرات ، واكتشفت أن إحداهن – وهى واحده ترغب على وجه الخصوص فى مصادقتها – شغوفة بلعب التنس ، وفى جلسة علاجية للعب الأدوار ، لعبت دور ما الذى تقوله لزميلتها ، ودبرت أثناء العمل لاختيار لحظة مناسبة لتقول كلمات قليلة ، وأبتسمت زميلتها وعلقت على ملحوظة جيل واستمرت المناقشة بينهما ما بين خمس وعشر دقائق . وذكرت جيل فى تقريرها أن اعتقادها فى الفكرة البديلة أصبح الآن ٩٠ ٪ وان اعتقادها فى الفكرة السلبية انخفض من ١٠٠ ٪ إلى ٣٠ ٪ .

ما تأثير التفكير بطريقتى ؟

توصل جون بالفعل إلى تحديد أن إحدى صعوباته الأساسية كانت ميله للتسويف والتأجيل ، واكتشفت انه بإمعانه النظر فى التعقيدات الممكنة أو الصعوبات فإنه كان يميل إلى التوقف عن مباشرة العمل . وأوضح تسجيله للأفكار التلقائية السلبية كيف كان يفعل ذلك . وعندما كانت زوجته تذكره بأن عليه أن يحصل على موعد من طبيب الأسنان ، كان يفكر كالآتى : « سأفعل ذلك فيما بعد » ، «على أى الأحوال أنا لا أستطيع أن أدفع الآن أجر طبيب الأسنان » ، « وإذا أجلت الأمر فقد أكون قادراً مستقبلاً على توفير أجره » .

ما أخطاء التفكير التى أقع فيها .

مارى مريضة متوسطة الاكتئاب ، تعلمت كيف تواجه أفكارها السلبية بتسجيل أنواع التشويه التى تتضمنها . وعندما لم تقبل فى وظيفة تقدمت لها ، كانت فكرتها السلبية التلقائية هى « كل ما فى الامر أننى سيئة ، ولن أحصل أبداً على وظيفة » وقد قررت أن التشويه فى أفكارها عُمم على كل شيء فى استدلال عشوائى مفجع ، وقد وجدت ذلك مفيداً لتذكيرها أن الأفكار لا تصف واقع الحال ، ولكنها تميل لصبغه بأكثر مما فيه من سواد .

ما الذى أستطيع القيام به .

رتب جون نفسه للإجابة عن الأفكار السلبية ، وتقدم نحو القيام بالمهام التى أجلها عدة شهور ، وعندما أجل موعد طبيب الأسنان مفكراً « سأقوم بذلك فيما بعد » ، أجاب كاتبًا : « لقد ظللت أكرر ذلك عدة شهور ، والآن أنا أخدع نفسى » وعندما فكر : « لا أستطيع ان أوفر أجر علاج أسنانى ، إذا انتظرت فترة أطول قليلاً يصبح لدى ما يكفى من النقود » اجاب كاتبًا : « إذا انتظرت فترة أطول فإن مشكلة

أسنانى قد تصبح اسوأ ، ومن الأفضل علاجها الآن » . وبعد كتابته لأفكاره البديلة ، رفع سماعة التليفون للأتصال بطبيب الأسنان ، وشعر بإحساس طيب نتيجة للإنجاز الذى حققه .

اسلوب البحث عن التفسيرات الدفينة (1) .

قد يكون من المفيد أحياناً عدم تقييم أو قياس صدق الأفكار السلبية ، بل أن نسأل عوضاً عن ذلك : افترض أن ذلك صحيح . فما الذى يعنيه ذلك بالنسبة إليّ ؟ (Burns , 1980) ويساعد مثل هذا الأسلوب على تشجيع الاسترسال للتعبير عن المعانى المحورية الأهم للتفسيرات السلبية ، ويكشف عن فروض أساسية بعيدة يتعين مواجهتها عندئذ ، مثال ذلك أن تونى شعر بالهزيمة ، عندما أستأذنت منه امرأة التقاها فى حفلة وغادرت المكان . وكانت فكرته هى : لم تكن تريد الحديث معى ، لم تجدنى شخصاً مشوقاً بالقدر الكافى » . وبدلاً من توجيه أسئلة ، مثل : « ما الدليل ؟ » أو « ماالبدائل » ، سأله المعالج : إذا كان ذلك صحيحاً فما الذى يعنيه ذلك بالنسبة إليك ؟ وقد أشار تونى أن ذلك يعنى اساسا أنه شخص ممل ، وأنه لن يتمكن من إنشاء علاقات مُرضية ، وهذا الفرض المبطن هو ما تمت مواجهته باستخدام الطرق ، التى أشير إليها فيما سبق .

الواجب المنزلى

من المهم تحديد الواجب المنزلى لإعطاء المريض التدريب على مواجهة الأفكار السلبية وحل المشكلات . ويعد تسجيل تمرينات الواجب المنزلى ، والافكار السلبية والافكار البديلة والحالة المزاجية من الخصائص المحورية فى العلاج المعرفى .

جدول (٢ - ٦) : الخطوط العريضةلمواجهة الأفكار السلبية .

البحث عن اجابات منطقية .
١ - ما الدليل ؟
ما الدليل الذى أملكه لتدعيم أفكارى ؟
ما الدليل الذى أملكه لدحضها ؟
٢ - ماوجهات النظر البديلة ؟
كيف يرى شخص أخر هذا الموقف ؟
كيف كان يمكننى النظر لهذا الموقف ، قبل أن أصبح مكتئباً ؟
ما الدلائل التى أملكها لدعم هذه البدائل ؟
٣ - ما تأثير التفكير بالطريقة التى أفكر بها ؟
هل يساعدنى ، أم يعوقنى عن الحصول على ما أريد ؟ وكيف يكون ذلك ؟
وماذا سيكون تأثير النظر إلى الأشياء بطريقة أقل سلبية ؟

(1) Downward arrow technique .

٤ - ماأخطاء التفكير التى أقع فيها ؟

هل أفكر بصيغة الكل أو لا شيء ؟

هل أدين نفسى ككل على أساس حدث واحد ؟

هل أركز على ضعافاتى وأنسى مصادر قوتى ؟

هل ألوم نفسى على خطأ لم ارتبكه ؟

هل أخذت الأشياء على محمل شخصى بينما هى أتل أو أتفه من أن تؤثر فى ؟

هل أتوقع أن أكون كاملاً ؟

هل أستخدم معايير مزدوجة فى وزنى للأمور - كيف أحكم على شخص آخر فى موقفى ؟

هل يتجه إنتباهى إلى الجانب الأسود فى الأشياء ؟

هل أبالغ فى تقييم أحتمالات وقوع الكوارث ؟

هل أضخِّم فى أهمية الأحداث ؟

هل تقلقنى الطريقة التى يتعين أن تحدث بها الأمور ، بدلا من قبولها والتعامل معها على ماهى عليه ؟

هل أفترض أننى لا أستطيع أن أفعل شيئاً لتغيير موقفى ؟

هل أتنبأ بالمستقبل بدلاً من تجربته ؟

٥ - ما الذى استطيع القيام به ؟

ما الذى استطيع عمله لتغيير موقفى ؟

هل أهمل حلول المشكلات ، مفترضاً أنها لن تحل ؟

ما الذى أستطيع عمله لأختبار صدق إجاباتى المنطقية ؟

المصدر : تعديل M. Fennell (غير منشور) عن Emery (1981) ، ومعاد نشرها هنا ، بتصريح من M . Fennell مع عميق الشكر والامتنان .

العلاج فى الجلسات التالية

مع تقدم العلاج تستخدم البنية نفسها فى الجلسات التالية ، ومع ذلك يتعين الإقلال من استخدام بعض الأساليب مع تحسن المريض ، مثال ذلك رصد الانشطة فى قوائم وذلك بهدف تحييد عدم النشاط. وقد تنشأ بالإضافة إلى ذلك قضايا أكثر عمومية ، وافتراضات غير توافقية ، ويشبه الأمر فكرة المعتقدات غير المنطقية (١) لدى إليس Ellis ، والتى تتضمن اتجاهات عامة أو معتقدات ،كثيراً ما تدمج أساليب السعى إلى الكمال ، أو الاعتماد فى التفاعل مع الظروف أو الأستجابة لها . وأحد هذه الفروض أن يفكر

---

(1) Irrational beliefs .

المريض كالآتى : « يتعين أن أكون محبوباً من كل شخص ألتقى به » ، وفرض آخر هو أن يفكر المريض : يتعين أن أفعل كل شيء بطريقة محكمة ، وقد يسأل المعالج المريض فى محاولة منه لإظهار التناقضات أو المشكلات الناتجة عن مثل هذه الفروض . ويتعين فحص مزايا وعيوب تغيير مثل هذه الفروض ، وتساعد مناقشة ذلك مع المريض على تغيير وجهات نظره .

الاساليب السلوكية فى إطار العلاج المعرفى

سبق الإشارة من قبل إلى استخدام التمرينات المنزلية عند الإشارة إلى صلتها باختبار صحة أو فائدة الأفكار والفروض السلبية . وهذا هو الأستخدام المحورى للوصفه السلوكية وذلك للمساعدة على تعديل المكونات المعرفية غير التوافقية . ومع ذلك يمكن استخدام هذه التمرينات خلال المراحل المبكرة من العلاج ؛ بهدف مواجهة حالات عدم النشاط والانسحاب الاجتماعى لدى المرضى شديدى الاكتئاب . ومن الامور المؤكدة أن التدخل السلوكى الذى يعتمد على الانشطة فى بداية العلاج ، كان مفيداً بصفة خاصة لمرضى الاكتئاب الحاد والمزمن (de Jong et al., 1986) .

وفيما يلى وصف مختصر لبعض الاساليب المفيدة على وجه الخصوص

واجبات المهام المتدرجة

عندما يعانى المرضى من صعوبة القيام بالمهام المختلفة ، يمكن تفتيت هذه المهام إلى الأجزاء المكونة لها ، ويقوم المريض بالأجزاء السهلة فقط . مثال ذلك المريضة التى تتجنب تنظيف مسكنها ، وتجعل أختها تقوم بذلك عوضاً عنها .

قد طلب منها أن تضع الخطوط العريضة للمهام ، والغرف المطلوب تنظيفها ، وقد اكتشفت أنها عندما تفكر فى التنظيف فإنها تفكر بالأحرى فى كل المهام المطلوب عملها ، مثل إزالة الغبار عن الأثاث فى أربع غرف ، وكنس الأرضية ، وتلميع الأجزاء ذات الدهانات وهكذا ، وتكتشف أن حجرة المعيشة هى الأكثر احتياجاً للتنظيف ، وهو الأمر الذى يتطلب غالبا عشرة دقائق فقط باستخدام المكنسة الكهربائية . وبالتالى حدد هذا العمل الأخير بوصفه المهمة الأولى التى يمكن القيام بها . ويمكن بهذه الطريقة من التبسيط مساعدة المرضى الاكتئابيين على القيام بالعمل ، الذى يبدو شاقا ومستحيلاً بالنسبة لهم ، ويلاحظ أن المشاركة فى الأنشطة قد تفيد أيضاً فى تشتيت انتباه المرضى، وتبعدهم عن اجترار افكارهم الاكتئابية .

قوائم الانشطة .

يشكو بعض المرضى من قلة العمل ، ومن معاناتهم من الشعور بعدم الإنجاز أو المتعة فى الحياة اليومية ، ووضع قائمة أنشطة تسجل فيها ساعة بساعة الأنشطة ، التى يقوم بها المريض خلال اليوم يمكن أن يساعد على إعطاء المريض فكرة واضحة عن مقدار الوقت ، الذى أنفقه بالضبط فى كل نشاط ، وقد يترتب على ذلك اكتشافه أن الصورة ليست بذلك القدر من السواد الذى كانت تبدو عليه . ومن ناحية أخرى ، يمكن لهذه القوائم أن تساعد فى الإشارة إلى الأنشطة ، التى يمكن زيادة معدلها ، وعلى وجه الخصوص تلك التى تعبر عن تمكنه وإجادته أو التى تكون مصدر متعة ، أو قد تشير إلى المشكلات التى

يمكن تناولها أثناء العلاج . ويمكن لعملية رصد الأنشطة فى قائمة أن تزيد من فرص انخراط المرضى فى أنشطة كانوا يتجنبونها ، كما تزيل من أذهانهم فكرة أن أتخاذ القرارات عقبة لبدء أى عمل (De Rubeis and Beck , 1988) . وغالباً ما يؤدى زيادة مستوى النشاط الى تحسن المزاج ، كما تتضمن الأنشطة المفيدة والتى غالبا ما تكون هى التى تشغل الذهن ، جهداً يتسم باحتمالات إثارة البهجة ، أو ينظر إليها على أنها تستحق ما يبذل فيها من جهد . (Freeman et al., 1990) ويمكن لقوائم الأنشطة أن تتضمن الآتى :

١ - الأنشطة المتعلقة بالمزاج الحسن التى تعبر عن التمكن أو المهارة أو تثير البهجة ، كما تبينها قوائم الأنشطة .

٢ - تلك الانشطة التى كانت تتضمن نوعاً من المكافأة فى الماضى ، والتى اصبحت مجتنبة الآن.

٣ - أنشطة جديدة يتفق عليها كل من المعالج والمريض معاً ، باعتبارها مجزية أو مفيدة (De Rubeis and Beck , 1988) .

التجارب السلوكية

إحدى الطرق الفعالة للتوصل إلى تغيرات معرفية نجدها متضمنة فى الحصول على دليل من الخبرة الشخصية ، التى تتوافق مع أهداف التفكير ، ويتعين تشجيع المرضى على صياغة أختبارات سلوكية لأفكارهم وتجربتها ، وفيما يلى بعض الأمثلة لذلك .

التعرض الحي : غالباً ما يصاحب القلق حالات من الاكتئاب . وينصح فى هذه الحالة بالتعرض التدريجى للمواقف المثيرة للخوف ؛ بهدف التعامل مع حالات قلق المخاوف ، مثل : المخاوف النوعية ، ومخاوف الاماكن المفتوحة والمخاوف الاجتماعية (انظر الفصل الثامن) .

لعب الأدوار : يمكن استخدام طريقة لعب الأدوار لممارسة أنواع جديدة من السلوك ، كما يحدث فى التدريب على المهارات الاجتماعية ، يضاف إلى ذلك أن لعب الأدوار يمكن أن يساعد على تقييم الأفكار التى تظهر فى المواقف الاجتماعية للمريض ، كما يمكن استخدامها ايضاً لممارسة استراتيجيات التناول المعرفى للتعامل مع التفاعل الاجتماعى ، وفى هذا السياق قد يطلب من المريض أن يتصور تتابع الخطوات التى يتضمنها القيام بمهمة معينة ، وذلك بهدف الكشف عن الصعوبات التى تعرقل النجاح فى إنجاز المهمة ، يضاف إلى ذلك أنه قد يساعد على إعداد المريض للقيام بالمهمة ، بأن يقوم قبلها بالتقدم بقدر كاف فى عملية التخطيط لمراحلها . وقد يعنى هذا أن المريض قد يقوم ببساطة بتنفيذ الخطة بدلاً من وضعها وتنفيذها فى الوقت نفسه .

التشتيت : يمكن استخدام التشتيت فى بعض الأحيان عندما تصبح الأفكار غير السارة هى المسيطرة ، وقد تكون هذه الطريقة مناسبة على وجه الخصوص فى فترة مبكرة من العلاج ، قبل أن يكون المرضى قد تعلموا مواجهة أفكارهم السلبية بكفاءة ، ويتضمن التشتيت القيام ببعض الانشطة ، التى توجه الانتباه بعيداً عن المشاعر غير السارة ، مثال ذلك العمل أو التمرينات أو بعض الأساليب المعرفية مثل التخيل أو تذكر خبرات ناجحة .

التدريب التوكيدي والتدريب علي المهارات الاجتماعية : توجد صعوبات حقيقية لدى الكثير من الأشخاص الاكتئابيين فى هذه المجالات ، وهم يشكون من الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية ، ومن المفيد تقييم ما إذا كانت هذه الصعوبات سابقة على النوبات الاكتئابية ، أو أنها تتباين مع الاكتئاب ، ومن الأمور المهمة : التدريب . على كيفية اقامة صلات اجتماعية ، وبدء المناقشة مع الآخرين ، والمحافظة على استمرارها ، وعدم إمعان المرء التفكير فى المشكلات الشخصية ، وأن يتدرب على أن يكون مستمعاً جيداً، كل ذلك بهدف تطوير الصداقات والحفاظ عليها ، ولمزيد من المناقشات لهذا المنحنى، انظر Spence (الفصلان ١١ ، ١٢) .

التدخـــل الزواجـــى

يتوفر دليل (Oleary and Beach , 1990) على أنه حيثما توجد مشكلات زوجية ، وأن أحد الشريكين أصبح مكتئباً ، فإن العلاج الزواجى السلوكى قد يجدر تطبيقه بداية ، طالما يمكن أن يحسن كلاً من الرضا الزواجي والاكتئاب ، وفى المرات التى استخدم فيها العلاج المعرفى السلوكى فى الدراسة المشار إليها فيما سبق ، كان مفيداً فى علاج الاكتئاب فقط .

كفاءة المعالج

يعد مقياس العلاج المعرفى [1] (CTS , Young and Beck , 1990) مقياساً لكفاءة المعالج ويمكن استخدامه لتلخيص المتطلبات اللازمة لعلاج معرفى جيد ، ويتضمن ملحق كتاب فريمان وزملائه Freeman et al., (1990) صورة معدلة من مقياس العلاج المعرفى ، وقد طور المقياس بهدف استخدامه فى تدريب وتقييم المعالجين المعرفيين ، وهو يوفر خطوطاً عريضة لتقدير البنود التالية : وضع جدول أعمال الجلسة (المشكلات المستهدفة والمناسبة للمناقشة خلال الوقت المتاح) رد الفعل (استجابة المريض) ؛ لتقرير مقدار ما فهمه المريض ومدى رضائه عن الجلسة ، وفهم ما يقوله المريض ويشعر به ، والتفاعل فى هذا الفهم مع المريض ، المهارات الشخصية ، مشاركة المعالج فيما ينصح المريض للقيام بدور نشط فيه أثناء الجلسة ، الاستخدام الكفؤ لوقت الجلسة . كما يتضمن مقياس العلاج المعرفى أيضاً بنوداً تشير إلى الاكتشاف الموجه (٢) ، وحيث لا يقوم المعالج بمحاضرة المريض بل بتشجيعه على مواجهة الأفكار السلبية ، وتقديم حلول بدلاً من التركيز على المعارف الأساسية ، وبذلك يتمكن المعالج والمريض من تحديد الأفكار أو العناصر المعرفية الأساسية ، التى تكون مسئولة عن مستوى الكدر الذى ذكره المريض . مثال ذلك إذا وصف مريض شعوراً عميقاً بعدم السعادة بعد مشاجرة مع زوجته ، وعزى هذا الشعور الى فكرة أنه لايجب أن يخسر فى مناقشة ، فعلى المعالج أن يسأله كيف يمكن أن يجعله ذلك غير سعيد إلى هذا الحد. وقد يؤدى ذلك إلى إدراك أن الفكرة الجوهرية هى أن زواجهما قد انتهى أمره بالفعل .

وتتضمن بعض الاعتبارات الأخرى فى العلاج الفعال تطبيق المعالج لسياسة متماسكة سواء فى بنية الموقف أو بين الجلسات التالية بهدف تغيير سلوك المريض.

(1) The Cognitive Therapy Scale (CTS)
(2) Guided discovery .

وقام دوبسون وزملاؤه Dobson et al. (1985) بتقييم الخصائص السيكومترية لمقياس العلاج السلوكى (CTS) ، وتبينوا أنه متجانس ، مع وجود ارتباطات مرتفعة بين البنود والدرجة الكلية ، ومعامل مرتفع لثبات ما بين المقدرين فى الدرجة الكلية ، وقد أيد وليامز وزملاؤه Williams et al. (1991) هذه النتيجة الأخيرة ، ويوصى باستخدام الدرجة الكلية فقط فى التنبؤ بنتائج ممارسات المعالج .

ويتعين الإشاره إلى مقياسين آخرين ، أولهما الدراسة المشتركة لمقياس تقديرات العلاج النفسى (١) (CSPRS, Hollon et al., 1985) ، ويوصى به للتمييز الموضوعى بين جلسات العلاج المعرفى، والأشكال الأخرى من العلاج ، والمقياس الآخر اوصى به لوبورسكى وزملاؤه Luborsky et al. (1982) لقياس تقيد والتزام المعالج بالخصائص الجوهرية فى العلاج المعرفى (ولقياس خصائص الاساليب العلاجية أيضاً) ويتنبئ هذا المقياس بنتائج جيدة (Luborsky et al., 1985) .

مشكلات ممارسة العلاج المعرفى

تعد مبادئ العلاج المعرفى بسيطة وواضحة ، غير أن ممارسة العلاج المعرفى يمكن أن تكون معقدة ، وعادة ما تظهر فيها صعوبات ، وعلى المعالج والمريض أن يحددا نقاطاً معينة ، يمكن أن تظهر فيها المشكلات مثل عدم القيام بمهام الواجب المنزلى ، أو التدخل الذى لا يؤدى إلى نتيجة ، أو الذى يؤدى إلى نتيجة عكسية . وقد ناقش فريمان وزملاؤه Freeman et al. (1990) عدداً من العقبات المربكة ،التى تعترض الممارسة ، من ذلك :

نقص التعاون : واحتمال ظهور مثل هذه الصعوبات ضعيف إذا كانت العلاقة بين المعالج والمريض نشطه ، وإذا تعلق الواجب المنزلى بوضوح بأهداف عليها اتفاق مشترك . وإذا كان المعالج والمريض قد اشتركا معًا فى وضع هذه المهام . وفى حالة المرضى غير التوكيديين على وجه الخصوص عليه أن يطلب بصورة نشطة وجهات نظرهم فى إعداد جدول الاعمال ، محدداً المنظور العلاجى ، ومطوراً المهام المنزلية . ومن الضرورى وبوضوح التأكيد على أهمية فهم المريض لما هو متوقع منه ، وعلى المعالج أن يشجع المرضى حتى النهاية على توجيه الاسئلة والحصول على إجابات ، وعلى إثارة اهتمامهم .

توقع الفشل : يؤدى توقع المريض للفشل إلى منعه من إكمال الواجبات المنزلية المطلوبة منه ، ويجب اختيار المهام التى تقع فى نطاق قدرة المريض الحالية ، مع التأكيد على فهم التعليمات وتشجيع الاراء الموضوعية التى تتضمن حلولا جيدة ، والنظر فى المترتبات الممكنة فى حالة الفشل ، ومن المفيد بشكل عام وقف الواجبات ، إذا بدا أن الفشل مرجح أو إذا كانت نتائجه خطيرة ، ويتعين أن يستجيب المعالج لعدم مطاوعة المريض له ، دون أن يميل إلى توقيع عقاب ، بل أن يعمل مع المريض عوضا عن ذلك لفهم الأسباب . وغالبًا ما يتوقع المرضى النازعين إلى الكمال ردود فعل متطرفة ، إذا لم يتم إنجاز الواجبات على أكمل وجه ، وسيكون من المفيد للغاية تقديم الواجب المنزلى باعتباره عملاً جاداً ، فإذا تم بشكل ناجح تصبح كل الأمور حسنة ، أما إذا لم يتم بهذه الصورة .. فمن الممكن أن يؤدى ذلك إلى اكتشاف جانب ، لم يسبق تعرفه فى اكتئاب المريض ، بما يساعد فى تقدم العلاج مستقبلاً .

(2) Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS)

نقص مهارات المريض : قد تتطلب بعض المهام مثل إقامة صلات اجتماعية أو معالجة مشكلة مالية ، أو التعامل مع زميل صعب المراس ، سلسلة من الأعمال الماهرة ، قد يكون المريض معوقا فيها ، ويمكن هنا استخدام أساليب لعب الأدوار والتعليم والتمثيل التجريبى (البروفة) ، وهى أساليب ضرورية لكى يطور المريض المهارات اللازمة لأداء المهام .

نقص الدافعية : يحتاج الأمر فى حالة المرضى شديدى الاكتئاب لوضع قائمة الأنشطة فى الوقت نفسه ، الذى يتدربون فيه على تنمية الدافعية الذاتية والمهام المتدرجة ، وتتضمن تنمية الدافعية الذاتية وضع أهداف واضحة وتحديد مجموعة من الأعمال ينتهى الامر بانجازها ، وقد يحدث أحياناً فى حالة الدافعية المنخفضة خوف من النتائج المترتبة على الأعمال ، التى كلُف بها المريض ، أو صدور تعبير غير مباشر منه يعبر به عن امتعاضه . وتساعد العقاقير المضادة للاكتئاب على تحريك المرضى ، لتخطى حالة التبلد واللامبالاة ، وقد تساعدهم أيضاً على تحقيق تغير معرفى .

محاولة تحقيق تقدم سريع للغاية : قد يجد المعالج الذى يشدد الضغط على المريض أن هذا الأخير يفشل فى الإصغاء ، كما يجده مقاومًا للعمل فى الواجبات ، أو تتعرض العلاقة المشتركة بينهما للفساد . وقد يكون المرضى أنفسهم فى عجلة من أمرهم للتحسن ، وأحد المؤشرات التى يقترحها فريمان وزملاؤه (Freeman et al. (1990 هى تقدير مستوى القلق لدى المريض ، خلال مناقشته أو عمله فى الواجب المنزلى ، وإذا شعروا بدرجة عالية من القلق فستكون المهمة شديدة الصعوبة .

الانشغال بالأمور المترتبة على التغير : مثال ذلك أن بعض المرضى قد يخشون أنهم ، إذا خفضوا من معاييرهم للكمال فسيصبحون عاديين أو سيفشلون .

الحدود الخارجية للتغير : أحيانا ما تعكس حدود التغير مشكلات ، سبق تناولها فى جلسة التقييم الاولية مثل إدمان المخدرات أو الكحول أو المشكلات الشخصية المزمنة .

المشكلات الخفية في شخص المعالج : حيثما تكشف مشكلات المريض عن اتجاهات غير سوية يشاركه فيها المعالج ، ستكون هناك دائماً صعوبات فى تحقيق التقدم نتيجة لذلك . وأحياناً ما تكون استجابة المعالج الانفعالية للإحباط من بطء التقدم ، أو سخطه على المريض ، أو شعوره بالذنب لعدم تمكنه من مساعدة المريض بأكثر من ذلك ، من الامور التى تمثل مشكلة ، إن اعتراف المرء بحدوده الشخصية مفيد بالقدر نفسه الذى يكون عليه الإقرار بأن نقص التحسن غالباً مالا يكون خطئا من المعالج أو من المريض ، ومن الأمور المبررة أن يتشاور المعالج فى مثل هذه الحالات مع زميل ذى خبره وموضع ثقة .

التدريب على العلاج المعرفى

كما سبق الإشارة الى ذلك ، فإن التدريب على العلاج المعرفى ليس [illegible] من الأمور البسيطة و الميسورة ، وإمكان الحصول على تدريب نظامى محدود للغاية . وعلى أولئك الذين يريدون الحصول على تدريب على هذه الطريقة ان يختاروا بعضًا من القراءات التمهيدية المشار إليها هنا ، ويراجعوا الكثير من أشرطة الفيديو و أشرطة التسجيل المتاحة الآن ، وأن يشاركوا فى ورش العمل ،أو حلقات البحث التى يعقدها ممارسون من أصحاب الخبرة ، وينصح بالحصول على إشراف فردى ،أو ضمن مجموعة ، من معالج معرفى ذى خبرة . ويمكن لمجموعات الإشراف على الزملاء المؤهلين المهتمين بالعلاج المعرفى أن

تكون مفيدة للغاية . وتوجد فى المملكة المتحدة على الأقل أربعة مراكز : فى معهد الطب النفسى فى لندن ، وفى كلية جولد سميث Goldsmith فى أكسفورد ، وفى مستشفى وارنفورد Warnford ، وفى نيو كاسل . حيث تعقد الدورات التدريبية ، ويوجد على امتداد الولايات المتحدة الأمريكية عدد من مراكز العلاج المعرفى ذات روابط بمركز بيك Beck للعلاج المعرفى فى جامعة فيلادلفيا .

مؤشرات الاستجابة للعلاج المعرفى

العوامل المتعلقة بالمريض

وجد فينيل وتيسيدال Fennell and Teasdale (1987) فروقاً بارزة بين المرضى فى استجابتهم للعلاج المعرفى ، خلال أسبوعين من بدئهم للعلاج . وكان هذا الفارق بمثابة منبئ قوى بالنتائج النهائية للعلاج ، وقد تبين أن التحسن الأكمل والأسرع يحدث لدى أولئك الذين أظهروا اكتئاباً من الاكتئاب بمعنى وجود أفكار وتأملات سلبية حول اعراض الاكتئاب . مثال ذلك أن بعض المرضى الاكتئابيون يفسرون نقص الطاقة والمبادأة وضعف أدائهم فى العمل ، باعتباره مؤشرًا على أنهم كسالى وأغبياء أو بلا كفاءة .

وتساعد قراءة كتاب « تعامل مع الاكتئاب» (١) Beck and Grrnberg (1974) المرضى على إدراك أن مشاعرهم المضطربة هى من الأعراض الشائعة للاكتئاب ، وليست علامات على نقص الكفاءة ، وأن الاكتئاب يمكن فهمه باعتباره تعبيرًا عن تفكير سلبى . وأنه يمكن التحكم فيه باستخدام سياسات محددة منطقية وواضحة . ومن المؤكد أن أولئك الذين يستجيبون بسرعة للعلاج ، شعروا أن وصف النموذج المعرفى ، كما هو معروض فى كتاب « تعامل مع الاكتئاب » كان له علاقة على وجه الخصوص بمشكلاتهم، يضاف الى ذلك أن أولئك الذين يتحسنون بسرعة ، يستجيبون بشكل إيجابى لما كلفوا به من واجبات منزلية منذ البداية ، وقد أيد بيرسونز وزملاؤه Pearsons et al. (1988) هذه النتيجة الأخيرة ؛ حيث وجدوا أن أولئك الذين يقومون بالواجبات المنزلية يتحسنون بزيادة قدرها ١٦,٦ درجة على بطارية بيك للاكتئاب ، بينما أولئك الذين لا يتحسنون يحصلون على زيادة قدرها ٢,٤ نقطة فقط . وأهمية الواجبات المنزلية ملحوظة على وجه الخصوص ، عند أولئك الذين تكون درجتهم المبدئية على بطارية بيك للاكتئاب أكبر من ٢٠ درجة . وقد أيد كل من نيمير وفيكس Neimeyer and Feixas (1990) الدور المفيد للواجب المنزلى ، فقد وجدا أن أولئك الذين حددت لهم واجبات منزلية ، كانوا أفضل فى استجابتهم للعلاج ، من أولئك الذين لم يطلب منهم عمل واجب منزلى ، واستمر ذلك حتى نهاية فترة العلاج . ومن المثير للشغف أنه فى نهاية فترة متابعة للمجموعتين استمرت ستة أشهر ، تبين أن الواجب المنزلى لم يؤد لأى فرق ، غير أن أولئك الذين تمكنوا من إتقان أسلوب إعادة تنظيم البنية المعرفية ، كان أداؤهم أفضل . وقد ظهر أن الاضطراب المعرفى كما يقاس «باستبار نمط الأعزاء» (٢) « ومقياس الاتجاهات المضطربة»(٣) « ومقياس فقدان الأمل » (٤) يلعب دوراً وسيطًا فى العلاج المعرفى ، حيث كانت التغييرات على هذه المقاييس منبئة عن التحسن التالى فى العلاج المعرفى . وقد تبين أنها لا تقوم بمجرد التعبير

(1) Coping with Depression
(2) Attributional Style Scale .
(3) Dysfunctional Attitude Scale .
(4) Hopelessness Scale .

ببساطة عن تحسن الأعراض ، ذلك أن مثل هذه التغيرات المعرفية كانت منبئة عن التحسن لدى مجموعة ، عولج أفرادها علاجًا دوائيًا (De Rubeis et al., 1990) .

وقد درس بيرسونز وزملاؤه Pearsons et al. (1988) حالات عدم استكمال العلاج ، ووجدوا أن ٥٠ فى المئة من مرضاهم لم يستكملوا علاجهم ، وهو معدل أعلى مما يوجد فى نتائج الدراسات المضبوطة، على الرغم من أن عينتهم كانت من مرضى العيادات الخاصة فى الولايات المتحدة ، ممن لم يفرزوا لاستبعاد مدمنى الكحول أو المخدرات أو الحالات الحدية . وكان الاحتمال الأكبر لترك العلاج يرجع لوجود اضطرابات شخصية ، ومستوى تعليمى منخفض ، وعدم وجود أعراض كامنة ، ودرجات مرتفعة بداية على بطارية بيك للاكتئاب . وقد وجد سيمونز وزملاؤه Simons et al. (1984a) أن ترك العلاج يحدث بين بطيئى الاستجابة ، مقارنة بأولئك الذين كانوا يستمرون فى تلقى العلاج .

وقد صاغ هولون Hollon مؤشراً عاما للإزمان/الشدة (مقتبس من Fennell and Teseadale,1982) يحدد سبع خصائص اكتئابية جوهرية :

١ – الشدة على بطارية بيك للاكتئاب ، الدرجة أعلى من ٣٠ .

٢ – طول فترة الاكتئاب الحالية ، أكثر من ستة أشهر .

٣ – استجابة علاجية سابقة ضعيفة .

٤ – أكثر من فترة اكتئابية سابقة .

٥ – وجود حالات مرض نفسى أخرى بالإضافة للاكتئاب .

٦ – يقدر العجز الكلى باعتباره متوسطًا أو شديداً .

٧ – تقدير منخفض لدرجة المرونة فى مواجهة ضغوط الحياة .

وتنبيء اربع درجات أو أكثر على هذه البنود باستجابة ضعيفة للعلاج ، وقدم فينيل وتيسيدال Fennell and Teseadale (1982) نتائج تتفق مع دعاوى هولون ، وقد ناقش زايس وجونز Zeiss and Jones (1983) بعض المنبئات الأخرى ، وأضافا أن نقص الفعالية والنظم البيئية غير السوية يعزى إليها الفشل فى العلاج ، ويستكمل رش وشو Rush and Shaw (1983) المناقشة معتبرين أن أسباب الفشل ترجع إلى دافعية المريض ، ومستوى قدراته ، والعوامل ذات الطبيعة الطبية خلف اضطرابه ، والاضطرابات الاكتئابية غير الاستجابية ، وقوة النظم الاجتماعية ، والعوامل الفنية فى تطبيق العلاج المعرفى السلوكى . راجع أيضًا سكوت Scott (1992) ، التى استخدمت العلاج المعرفى فى التعامل مع حالات مزمنه وتتسم بالصعوبة ، وسيشار للخطوط العريضة لمنحاها فيما بعد .

عوامل المعالج

حصل المعالجون الذين يشجعون مرضاهم على تناول مشكلاتهم ، وفحص معتقداتهم والقيام بالمهام المنزلية بين الجلسات بشكل جاد ، والذين يحاولون تحسين الاعراض وشفائها ، وتعليم المرضى طرق السيطرة على أعراضهم الشخصية ، على نتائج أفضل من تلك التى حصل عليها المعالجون الذين كانوا أقل تحديداً فى طرق تدخلهم (De Rubeis and Feely , 1990) ولم تكن الظروف الميسرة (مثل

التعاطف ، ودفء العلاقة ، والصدق) ذات صلة دالة بالنتائج ، كما لم يكن لجودة العلاقة بين المعالج والمريض صلة بالتنبؤ بالتغيير ، بما يوحى أن العوامل الفنية مهمة للغاية فى العلاج المعرفى ، وفى الدراسة التى قام بها باكهام Backham (1989) لم يكن لتعاطف المعالج ودفء العلاقة والانسجام قيمة تنبؤية بالشفاء على امتداد ست جلسات علاجية . ومع ذلك فإنه يبدو من غير الحكمة أن نستخلص من ذلك أن اشتراطات موقف المعالج غير مهمة ، بل الأحرى أن المعالجين فى هذه الدراسات ربما قدموا مستويات مناسبة من هذه العوامل ، كما أن حدودا دنيا من مستويات الشروط التيسيرية ومن جودة العلاقة تبدو ضرورية للمرضى لمساعدتهم فى الكشف عن مشكلاتهم وللأصرار على مواصلة العلاج ، وبينما يمكن قبول هذه النتيجة الاخيرة من جانب الكثير من المعالجين المعرفيين السلوكيين الحاليين ، إلا أن هناك بعض الدلائل الخادعة ، تشير إلى أن العلاقة بالمعالج يمكن أن تكون غير مهمة ، بالنسبة للمرضى المتطوعين على الاقل . وقد وجد سيلمى وزملاوه (Selmi et al. (1990 أن ست جلسات من التفاعل فى علاج معرفى استخدم فيه الكمبيوتر ، كان له التأثير نفسه لدى المرضى المتطوعين ، ممن عولجوا بواسطة معالج فى نهاية هذا البرنامج ، وحتى شهرين من المتابعة ، وكان كل من الموقفين متميزين ، بالمقارنة بمرضى قوائم الأنتظار.

تلقى علاج فعال

نتيجة للانتشار الكبير للاكتئاب ، والعدد المحدود من المعالجين المدربين على التعامل مع المشكلة ، علينا أن نتساءل كيف يمكن القيام بعلاج فعال على نطاق واسع ؟ لقد اصبح التدريب على العلاج المعرفى أكثر انتشارا مما كان عليه منذ سنوات قليلة ماضية ، وبالأخص فى الولايات المتحدة الامريكية ، ويتعين تشجيع هذا الأتجاه ، وبالإضافة إلى العدد المتزايد من المعالجين .. فمن المرغوب فيه بوضوح توفر فرص أكبر لتلقى العلاج ، وقد يتضمن هذا أن يكون المعالجون أكثر انتخابية لمرضاهم وأن يقبلوا فقط اولئك الذين يحتمل أن يستجيبوا ، أو أن يوقفوا العلاج فور أن يبدو واضحاً لهم أنه لا يوجد احتمال لتجاوب حسن ، ويميل الأطباء النفسيون ، والممارسون العامون لتشجيع العلاج الدوائى للمرضى ، الذين توجد لديهم علامات عضوية للاكتئاب (مثل كثرة النوم واضطراب الشهية . إلخ) ، والكثيرون منهم يحولون المرضى الاكتئابين ممن لديهم مشكلات شخصية ودون علامات عضوية إلى الاخصائيين النفسيين . ومع ذلك يبدو أن هناك القليل من الدعم الموضوعى لكل من هذين النوعين من الممارسة ، ولم يجد جويس وبيكل Joyce and Paykel (1989) أية دلائل على أن وجود أعراض كامنة ينبئ بالاستجابة للعلاج بالعقاقير ، بالاضافة إلى ذلك لا يبدو أن مثل هذه الأعراض تنبئ عن الاستجابة للعلاج المعرفى (Blackburn et al., 1981 , Kavacs et al., 1981 , and Beck et al., 1985)

ويتعين الإشارة إلى أن الدراسات الاخيرة ، مثلها فى ذلك مثل أغلب الدراسات ، التى تستخدم العلاج المعرفى تستعين بالمرضى الخارجيين ، وتستبعد أولئك الذين يعانون من هذاءات أو هلاوس ، بالإضافة الى ذلك فإن إحدى العلامات العضوية المحددة للاكتئاب ، ونعنى بها اضطرابات النوم ، كما تقاس برسام المخ الكهربائى (EEG) تفشل بالمثل فى التنبؤ بالاستجابة للعلاج المعرفى . (Simons and Thasc , 1992). وعلى الرغم من العرف الأكلينيكى السائد حول أى أنواع المرضى الاكتئابين يستجيب لنوع معين من العلاج ، فإن هناك القليل من البيانات ، التى تتسم بالثبات يمكن أن تكون أساساً للتوصية

بهذا النوع من العلاج أو ذاك . وبينما وجدت تفاعلات بين العوامل المتعلقة بالمريض قبل العلاج ، ونوع العلاج ، إلا أنه لا يوجد إلا القليل من النتائج التى استعيدت حول هذه النقطة . ومن الواضح أن استخدام العلاج الجماعى يسمح للمعالج بتقديم الخدمة للعديد من المرضى . إلا أن بحوثاً أخرى حول الفعالية تبدو ضرورية ، مع وجود دراسات غير متسقة النتائج حول فعالية الأساليب الجماعية ، مقارنة بالعلاج الفردى (Nietgel et al., 1987 , Robinson et al., 1990) ، وراجع القسم التالى حول العلاج الجماعى ؛ للحصول على مناقشة إضافية أخرى مختصرة . كثيراً ما تستخدم المواد المكتوبة فى العلاج المعرفى الفردى ، وقد استخدم بنجاح العلاج بالقراءة [1] بدعم قليل من المعالجين ، وذلك مع المرضى المسنين الذين يعانون من الحالات ، التى تتروح بين الاكتئاب البسيط والمتوسط (Scogin et al., 1987 , 1989) وكان كل من العلاج المعرفى وأسلوب العلاج ذى التوجه السلوكى متعادلين فى تأثيرهما . ويتعين الإشارة إلى بعض المحاذير فالعلاج بالقرأة يعتمد على مستوى معين من التركيز ، والقدرة على القراءة ، والدافعية نحو مساعدة الذات ، وبقدر ارتفاع مستوى تعليم العميل بقدر ما يجد أن هذا الأسلوب مفيدا . ويوصى سكوجين وزملاءه بقيام حد أدنى من الصلة بين المعالج والعميل ، ولا يُوصى بالبرامج التى تستخدم كلها استخداماً ذاتياً لاسباب أخلاقية وعملية ، وقد تساعد البحوث على تحديد المكونات الفعالة للعلاج الناجح، وبالتالى يمكن ابتكار صور مبسطة للعلاج النفسى ، ويحمل هذا الأمر بين طياته الأمل فى أساليب علاج، تتطلب وقتا أقل ، وطرقاً يمكن تعلمها على نطاق أوسع فى المهن الصحية الأخرى ، فى ضوء ندرة المعالجين النفسيين الأكلينيكيين .

تطورات حديثة فى العلاج المعرفى

نشير هنا لعدد من التطورات فى العلاج المعرفى والتى تتطلب بصفة عامة المزيد من البحوث التقيمية قبل قبولها ، غير أنها ضمنت هنا لأنها توحى بسبل واعدة فى التقدم .

الاكتئاب من الاكتئاب

توحى دراسات الحالة الفردية التى أجراها فينيل وتسيدال وزملاؤهما Fennell , Teseadal and Colleagues (اقتباسا من: Fennell and Teseadal , 1987) أن بعض المرضى ذوى الدافعية العالية للعمل المستقل ممن لديهم القدرة على إقامة علاقات علاجية مشتركة ، قد يستفيدون من حزمة علاجية معرفية أكثر قصراً من الحد الأقصى المعتاد الذى يبلغ عشرين جلسة ، وتشير بحوثهم إلى أن من يظهرون اكتئاباً من الاكتئاب أى أولئك الذى يكون انشغالهم متركزاً حول أعراضهم الاكتئابية (اللامبالاة. ومشكلات عدم التركيز ، اضطراب النوم ، مشكلات الضعف المؤقت فى القدرة على حل المشكلات ، ونوبات البكاء ، إلخ) يكون الاحتمال الأكبر هو استفادتهم من مثل هذا العلاج القصير ، ويؤكد فينيل وتسيدال Fennell and Teseadale (1987) أهمية عدم تجاهل العوامل الكامنة ، مثل : عوامل التوتر البيئية المزمنة، أو أفتراض عوامل مرضية كامنة عند تقديم مثل هذا العلاج . وعلى الرغم من ذلك فإنهما يريان أنه مما يمكن النصح به أن يقدم مبدئياً خمس جلسات – مثلا – بأعتبار أن العلاج قد لايكون ملائما لكل المرضى ، وعندما نلاحظ الاستجابة السريعة من خلال الدرجة على بطارية بيك للاكتئاب –مثلا – فإن

(1) Bibliotherapry .

خمس جلسات ستكون كافية . وعندما تلاحظ درجة محدودة من التحسن ، يجب تقديم كل الجلسات العشرين أو استخدام الأسلوب الذى يقترحه يونج Young (1989) (انظر ص ١٥٣) ، ويتعين أيضًا أن تناسب طريقة يونج أولئك الذين لا يستجيبون خلال خمس جلسات .

العلاج المعرفى الجماعى

هناك بعض الدلائل على أن العلاج المعرفى (بالإضافة إلى العلاج المعتاد) يمكن أن يكون فعالاً بالقدر نفسه ، الذى يكون عليه فى الحالات الفردية ، عندما يطبق على مجموعات تمثل عينة من المجتمع (Scott and Stradling , 1990) ، على الرغم من أن هذه النتيجة تتطلب تأكيداً (انظر المصدر السابق لمناقشة هذه النقطة) . ويجب أن يلاحظ بصفة خاصة أن المرضى الذين يتلقون ثلاث جلسات من العلاج الفردى قبل اشتراكهم فى مجموعة العمل ، وفى ضوء نتائج فينيل وتسيدال Fennell and Teseadale (1987) ربما يكون قد تحقق لهم قدر كبير من التحسن بالفعل.

العلاج المعرفى لاضطراب الاكتئاب العصابى (١).

وجد سترافنسكى وزملاؤه Stravynski et al. (1991) أن ١٥ جلسة للعلاج المعرفى تؤدى إلى تحسن جوهرى من الاكتئاب بعد العلاج وعلى امتداد ستة أشهر من المتابعة لدى ستة مرضى ، ممن تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطرابات الاكتئاب العصابى (الديستميا) فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل ، وهى حالة متوسطة من الاكتئاب ولكنها مزمنة ، ومع المتابعة تحسن اربعة منهم بشكل مرضى بحيث أصبحت المحكات التشخيصية غير منطبقة عليهم .

المرضى الاكتئابيين المزمنيين المقيمين ، ممن لم يستجيبوا لأية علاجات أخرى

أوردت سكوت Scott (1992) نتائج مشجعة للغاية لمنحى علاجى معرفى معدل مع علاج دوائى (Lithium Carbonate , Phenelgine , L. tryptophn) لاقلية مهمة من المرضى الاكتئابيين (بين ١٥ إلى ٢٠ ٪) ممن يعانون من اكتئاب متمكن ، يقاوم أساليب العلاج المعيارية ، وقد أدخل المرضى إلى وحده خاصة بالمستشفى طوال فترة تلقيهم لـ ٢٦ جلسة ، بالإضافة إلى ستة اشهر على الأقل من العلاج خارج المستشفى ، وجرى التركيز أساساً على الأساليب السلوكية مع مناقشات مهمة حول العلاج المعرفى . ونتيجة لشدة الاكتئاب لم يتمكن الكثير من المرضى من تحمل جلسة علاجية تستغرق ٤٥ دقيقة ، ولهذا أصبحت الجلسات الاولى ٢٠ دقيقة فقط ، ثلاث مرات أسبوعياً ، وقد عاون فريق التمريض فى خطوات العلاج المعرفى فى برنامج علاج المرضى أثناء الإقامة الداخلية ، وقد تبين أنه من المهم – فى ضوء انتشار المشكلات التوافقية – إشراك العائلة فى العلاج ، وعقد عدد من جلسات العلاج المعرفى مع المريض والعائلة ، كان التركيز فيها على طبيعة العلاج المعرفى ، كما أستخدمت أيضاً أساليب علاج معرفية معينة للتعامل مع الأفكار السلبية التلقائية لافراد العائلة ، وتشير النتائج إلى أن ما يصل الى ٧٠ ٪ من هؤلاء المرضى الذين كانوا اكتئابيين مزمنين وفشلت محاولات علاجهم السابقة ، حققوا تحسناً جوهرياً ، وتحسنت درجاتهم على بطارية بيك للاكتئاب من ٣٨,٧ إلى ١٤,٧ على مدى أثنى عشر أسبوعًا ، وقد ذكر

(1) Dysthymic disorder.

١١ مريضاً من ١٦ أنهم « تحسنوا للغاية » أو « أنهم عادوا إلى ذواتهم السوية » ، وعلى أولئك المهتمين بالعلاج المعرفى لهذه النوعية من المرضى الرجوع الى سكوت (Scott , 1988 , 1992) . وهى تؤكد ضرورة اللجوء الى المعالجين ذوى الخبرة فى مثل هذه الحالات ، لأن المعالجين المبتدئين يفقدون مهارتهم وتنخفض معنوياتهم نتيجة للفشل المتكرر لتدخلهم ، ويؤثر مثل هذا الانخفاض فى المعنويات على المريض ويمكن أن يعجل بأزمة .

العلاج المعرفى للمرضى ذوى اضطرابات الشخصية

تتوفر دلائل مستمدة من البرنامج البحثى المشترك لعلاج الاكتئاب ، الذى يقوم به المعهد القومى للصحة العقلية NIMH تشير الى أن المرضى من اصحاب اضطرابات الشخصية يميلون للتحسن بدرجة أكبر، باستخدام العلاج المعرفى السلوكى ، بينما كان أولئك الذين لا يعانون من اضطرابات شخصية إميل للتحسن أكثر بالاساليب العلاجية الأخرى (Shea et al., 1990) . بالإضافة الى ذلك تمكن ميلر وزملاؤه Miller et al. (1985) من تحقيق تحسن جوهرى فى حالات مستعصية لست نساء مكتئبات مقاومات للعلاج الدوائى من اللاتى أدخلن المستشفى للإقامة وعولجن معرفياً مع علاج دوائى استمر على امتداد أربعة أشهر بعد خروجهن من المستشفى ، وقد طور يونج Young(1989) علاجاً معرفياً للتعامل على وجه الخصوص مع حالات اضطرابات الشخصية والحالات المرضية الصعبة . وأشار إلى أن العلاج المعرفى المعتاد ذى الفترة القصيرة أدى الى سبعة فروض ، تخص المرضى هى :

١ – أنهم يستطيعون التعبير عن مشاعرهم ، غير ان المرضى لفترة طويلة يجدون صعوبة فى ذلك.

٢ – أنهم يستطيعون التعبير عن افكارهم وتصوراتهم بعد قليل من التدريب ، ومرة أخرى فإن الأمر ليس كذلك مع كثير من المرضى .

٣ – هناك مشكلات تقبل التحديد يتم التركيز عليها والاهتمام بها ، غير أن الحالات الصعبة من المرضى لديهم مشكلات غامضة ، أو غير واضحة ، وانزعاج عام دون عامل مباشر يستثيره .

٤ – أنهم يشجعون على إنجاز الواجبات المنزلية ، التى توكل اليهم ، وتعلم أساليب السيطرة على النفس ، إلا أن بعض المرضى يظهرون قدراً كبيراً من الاعتماد على المعالج ، ويقاومون مساعدة أنفسهم .

٥ – هناك علاقة مشتركة وتعاونية ، إلا أن بعض المرضى يحاولون – من ناحية أخرى – جاهدين جعل المعالج يحقق لهم احتياجاتهم ، أو يكونوا غير متعاونين أو عدوانيين بدرجة تجعلهم غير مشاركين .

٦ – لا تعد الصعوبات فى العلاقة العلاجية قضية كبرى ، على الرغم من أن المشكلة فى جوهرها تفاعلية فى بعض الاحيان ، كما أن التعامل مع العلاقة العلاجية بوصفها موضوعا محورياً للاهتمام ، يمكن أن يكون مفيداً .

٧ - يمكن تعديل كل العناصر المعرفية وأشكال السلوك من خلال التحليل التجريبي والمنطقي ، والتجريب والممارسة التدريجية ، إلا أن بعض المرضى المزمنين لا يتغيرون ، على الرغم من هذه الأساليب .

وغالباً ما يوجد في اضطرابات الشخصية تصلب متطرف في التفكير والسلوك ، وربما يحدث تجنب لبعض الأفكار ذات الطابع الوجداني والمشاعر بواسطة التشريط التنفيري ، كما توجد دائمًا مشكلات تفاعلية بعيدة المدى .

تقييم المنظومات غير التوافقية المبكرة (١)

يشير يونج Young (1989) إلى أن المنظومات غير التوافقية المبكرة (EMSs) مسئولة عن هذه الانماط ، وأن الخطوة الاولى هي تحديد ما يخص المريض منها ، وينظر إلى هذه المنظومات بوصفها مستقرة بصوره متطرفة ، وأنها أنماط تفكير تتصف بالديمومة وتتطور خلال مرحلة الطفولة . وتعمل بوصفها تعبيراً عن عمليات التفكير في الخبرة التالية . أما بيك فيرى أن المنظومات السلبية مسئولة عن الاكتئاب ، إلا أنه لا يعطى لها الكثير من الاهتمام في العلاج المعرفي القصير ، وكما سبق أن أشرنا في هذا الفصل .. فإن التحسن في العلاج في الحالات الواضحة للاكتئاب غالبًا ما يظهر خلال عدد قليل فقط من الجلسات .

ويعتبر يونج أن منظومات سوء التوافق المبكرة EMSs ذات قابلية كبيرة لعدم التشريط ، كما أنها أكثر تصلباً من الفروض الكامنة التي وصفها بيك . وتأخذ الفروض الكامنة الصورة الآتية « إذا كان من الممكن أن أحقق الكمال ، إذاً فأنا جدير بذلك » ومع ذلك فإن إحدى منظومات عدم التوافق المبكرة يمكن أن تأخذ الصورة الآتية « دون اعتبار لما افعله فإنني شخص عاجز ، لا أحب ، قمئ ، سأهجر وسأعاقب » . وينظر يونج أيضاً إلى منظومات سوء التوافق المبكرة باعتبارها أكثر مقاومة للتغيير من الفروض الكامنة طالما أنها تشكل دائماً جوهر مفهوم الشخص عن ذاته . وقد صنف يونج أصحاب منظومات سوء التوافق المبكرة في اربع فئات:، الاستقلال (٢) ، والارتباط (٣) (بأشخاص آخرين) ، والحدود والمعايير (٤) ، والجدارة (٥) . واستخدم يونج إستبار لازاروس ، تاريخ نماذج الحياة المتعددة (٦) (Lazarus , 1980) وإستبار المنظومات (Young , 1989) للمساعد في تحديد المنظومات غير التوافقية المبكرة . ومن خلال السعي للبحث في أحداث الحياة والأعراض المرضية ، يحاول المعالج تحديد المنظومات المتعلقة بالاستقلال والارتباط والجدارة والتوقعات المعقولة والحدود الواقعية . ويتم تعليم المرضى منظوماتهم ، ويحاول المعالج خلال الجلسة إثارة هذه المنظومات ، التي يفترض أنها تتضمن مشكلة ، وقد يطلب من المرضى أن يغلقوا عيونهم ، ويذكروا أية صورة ذهنية تخطر لهم تلقائياً ، وقد يطلب منهم أن يذكروا الأحداث الحالية المثيرة للاسى ، أو أن يناقشوا الخبرات الماضية المحزنة ، ويمنح المعالج العلاقة العلاجية اهتماماً شديداً ؛ حتى

---

(1) Early Maladaptive Schems (EMSs)
(2) Autonomy .
(3) Connectedness (relating to other people) .
(4) Limits and Standards .
(5) Worthiness .
(6) Multimodal life History Questionnaire .

يستطيع اكتشاف مثيرات المنظومات خلال الجلسة . ويمكن استخدام الكتب والأفلام التى تتناول سياقات للهجر والاستقلال .. الخ . كما يمكن استخدام العلاج الجمعى لاستثارة المنظومات ذات الطبيعة التفاعلية ، كما يستخدم يونج الأحلام أيضاً وحيث يمكن أستدعاء سياقها الرئيسى . وأخيراً فإن الواجبات المنزلية مثل التسجيل اليومى للافكار غير السوية أو الكتابة عن موضوع يتعلق بمنظومة معينة توصف للمريض .

ويوصى يونج بمواجهة المرضى الذين يظهرون منظومه تجنب [1] ؛ أى عندما يشعرون بالكرب دون أن يكون فى استطاعتهم تحديد مضمونه . وتحدد المنظومة المحركة للسلوك . وتكون الخطوة الاخيرة فى التقييم هى صياغة مشكلات المريض بتعبيرات المنظومة ، وتحدد المنظومات الجوهرية أو الأولية المسئولة عن أغلب الانفعالات العميقة .

طـــريقة يونج العلاجـــية

يؤيد يونج استخدام أربعة انماط للتدخل بهدف تغيير المنظومات ، وهى : النمط الوجدانى ، والتفاعلى ، والمعرفى ، والسلوكى . والكثير من الأساليب الوجدانية مأخوذ من العلاج الجشطالتى ، وتتضمن استثارة المنظومات خلال الجلسة ، وأحد هذه الاساليب هى تشجيع المرضى على القيام بحوار تخيلى مع والديهم يخبروا خلاله والديهم بمشاعرهم وما يريدونه . ويذكرون من خلال لعب الادوار المتبادل مع انفسهم ما يرغبون أن تكون عليه استجابة الوالدين ، وبهذا يستطيعون تغيير معتقداتهم نحو انفسهم ، ويبدأون فى معرفة دور والديهم فى المساعدة على صياغة منظوماتهم . ويقدم يونج أيضاً التفريغ الانفعالى لمساعدة المرضى على التجوال فى غضبهم غير المعبر عنه ؛ اعتماداً على خبرات الحياه المبكرة . وقد تتضمن الاساليب التفاعلية تشجيع المريض على اختبار المنظومات بشكل مباشر ، بالحصول على رد فعل أو استجابة المريض للوصفة التى قدمها له المعالج . وهناك أسلوب آخر ، يتضمن قيام المعالج بإعادة ابتكار علاقة تتعارض مع المنظومات غير التوافقية المبكرة ، كأن يكون عطوفا ومهتما ، إذا كان المريض قد عانى مثلا من الحرمان العاطفى . وقد سبق وصف الاساليب المعرفية بالفعل ، وهى تتضمن مراجعة الدلائل التى تدعم المنظومات . وينصح يونج بضرورة حرص المعالج أن لا يبدو متحديا للغاية ، إذ أن ذلك قد ينتهى بتجاهل المريض لوجهات نظر المعالج المضاده . وأحد الاساليب المهمة لدحض دليل ما ، هو أن تشير الى الطريقة التى تم بها تكوين المنظومة ، من خلال التوقعات والمعايير الوالدية والعائلية المشوهة . ويبُين للمرضى كيف أن السلوك الموجه بواسطة المنظومة يؤدى إلى الحكم على صدقها ، وعلى المعالج والمريض النظر بعد ذلك للمعلومات الإيجابية التى تناقض المنظومة . مثال ذلك الدلائل على فعالية المريض وقدرته على تحمل المسئولية ، ومجالات كفاءته ونجاحه ، ويمثُل لذلك بعلاقاته التفاعلية الجيدة . ويوضح المعالج كيف أن المريض أهمل وضع الدلائل المضادة فى الحسبان ، وعلى المعالج أن يجعل المريض يلعب دائماً دوراً ، بينما يقوم هو بدور البرهان ، ثم يتبادلان الأدوار . ويجب تشجيع المرضى على الغضب من منظوماتهم لكى يضعوا أنفسهم على مسافة فاصلة أخرى منها . ويتعين تكرارا الاستجابات المنطقية من خلال كتابة اكبر الدلائل المعارضة قوة للمنظومة على بطاقة ثم تقرأ مراراً وتكراراً بعد ذلك ، كلما كان الامر ضروريا ، وهكذا يمكن تحدى المنظومة ومواجهتها فى أى وقت تنشط فيه .

(1) Schema avoidance .

ويُشجع المرضى على تغيير الأنماط السلوكية القائمة منذ فترة طويلة ، والتى تعزز المنظومات ويجب العمل حتى على تغيير بيئة المريض ، بالعمل مع زوج المريض مثلا فى العلاج المشترك ، ويجب تشجيع عقد صداقات جديدة ، أو الانخراط فى هوايات جديدة وأخيراً وجد يونج أن العلاج المساعد باستخدام الدواء قد يكون مفيدا فى خفض الاكتئاب أو القلق بالقدر ، الذى يسمح للمرضى بتلقى العلاج المتمركز حول المنظومات .

وباختصار فإن علاج يونج Young (1989) المعرفى المتمركز حول المنظومات يمتد بالعلاج المعرفى ؛ لكى يتعامل مع الحالات المرضية الصعبة ذات التاريخ الطويل من اضطرابات الشخصية ، وأولئك الذين يعانون من قلق أو اكتئاب مزمن ، وهو يختلف عن العلاج المعرفى قصير المدى فى الآتى :

هناك قدر أكبر من المواجهة وقدر أقل من الاستكشاف الموجه . وتستخدم العلاقة العلاجية بقدر أكبر لتشجيع التغير ، وتطول فترة العلاج ، ويكون مستوى الانفعالات أكبر ، والتعامل مع التجنب المعرفى والسلوكى أكثر أهمية ، وتستخدم أساليب إحياء المصادر الطفلية للمنظومات والانفعالات الجشطالتية ، وينتظر توفر تقييم منهجى للحكم على فعالية هذه الطريقة .

الاكتئاب لدى الضحايا الراشدين ممن تعرضوا للانتهاك الجنسى فى الطفولة

تتوفر تقارير حول معدلات انتشار عالية للغاية لاضطرابات المزاج والمشكلات التفاعلية والاضطراب الجنسى ، لدى النساء اللاتى سبق تعرضهن لانتهاك جنسى ممن طلبن العلاج ، ويذكر جيهو Jehu (1988) بشكل تفصيلى عدداً من اساليب العلاج السلوكى المعرفى ، بينما يقدم كاهيل وزملاؤه Ca-hill et al. (1991) مراجعة لأساليب علاج هذه الفئة . ويلخص القسم التالى بتوسع الخطوط العريضة، التى وصفها جيهو للتعامل مع اضطرابات المزاج ، التى تصاحب عادة مثل هذا الانتهاك . وتعتمد هذه الاساليب على الخبرة الاكلينيكية وعلى التقارير المنشورة ، أكثر من اعتمادها على تقييم يتسم بالضبط ، ويتعين وضع ذلك فى الاعتبار . تبين أنه من الشائع بالنسبة لهؤلاء المرضى المعاناة من تأنيب الذات بسبب هذا الانتهاك ، وجرح الذات القهرى ، والغضب ، وروح الانتقام نحو المعتدى ، ومشاعر العدوان والاحساس بخيانة الوالدين ، الذين لم يقوموا بحمايتهن من الانتهاك ، أو الذين كانوا هم انفسهم المنتهكين لهن . ويرتبط الكشف عن التعرض للانتهاك غالبا باحساس عميق بالخزى والعار ، وخوف يرتبط بالتعرض لرفض المعالج . وقد يكون وجود إناث معالجات مهمًا على وجه الخصوص للنساء والفتيات ، اللاتى تعرضن للانتهاك الجنسى . ومن الضرورى الحصول على قبول ومساندة المعالج . كما أنه من الضرورى أن يكون متعاطفا ومتوحدا مع مشاعر الضحية فى احساسها بالمسئولية عن ذلك ، وبالتالى مذنبة فى هذا الانتهاك، ومن المهم أيضاً تقدير الخبرة العامة لمشاعر الحب والولاء الايجابية لدى الضحية، بالقدر نفسه من الغضب نحو المعتدى عندما يكون أحد أفراد الأسرة . وعادة ما يعانى الضحايا من تذكر هذه الخبرة ، ومن ردود الفعل غير المترابطة والنفور الجنسى . ومن المهم أن يقدر المعالج هذه المشكلات التى تبدو للضحايا مغربة ويفسرنها على أنها مؤشرات لتعرضهن للجنون ويوضح لهن أنها عواقب شائعة للانتهاك، ويساعد المعالج الضحية على إدراك هذا المعنى لهذه الخبرات .

ومبادئ مثل هذا العلاج هى أساسا كما سبق وصفه ، عند عرض طريقة بيك للعلاج المعرفى ، على الرغم من أن الافكار غير التوافقية لها سياقات نوعية محددة ، نعرضها فيما يلى :

أمثله للتشويه أو الافكار غير التوافقية لدى ضحايا الانتهاك الجنسى

الإفراط في التعميم : « لا أستطيع الثقة فى أن المعالج (الذكر) لن يسلك معى بطريقة جنسية » ، « كل هؤلاء الرجال شغوفين بعلاقة جنسية » ، « أنا ضعيفة ، وشخصية غير مناسبة لاننى لم أتمكن من تجاوز خبرة الانتهاك » متجاهلة كل المجالات الاخرى فى الحياة التى كان اداؤها فيها جيدا .

عدم تقديم الإيجابيات : « عندما يمتدحنى أحد الرجال فإن كل ما يريده هو الجنس »

القفز إلي النتائج: (أو الاستنتاج العشوائى) : « ستتجنبنى صديقاتى إذا عرفن أننى تعرضت للانتهاك » .

التضخيم : « لن أكون قادرة أبدا على توجيه حياتى بطريقة سوية ، فالتلف دائم » .

سوء الإعزاء: « لابد أننى كنت مسئولة عن الجنس ، عندما كنت طفلة ؛ لأننى لم أجبر على ذلك وقد استمر الأمر معى فترة طويلة » .

تعبيرات التمني : « كنت أتمنى أن أعرف أفضل من ذلك بدلاً من ذهابى إلى غرفته » .

وهناك طريقة أخرى لتصنيف هذه الأفكار هى صياغتها بتعبيرات سياقاتها . وقد قسمها جيهو Jehu إلى تأنيب الذات ، التشويه الذاتى للمعتقدات ، وتتضمن هذه الاخيرة معتقدات الشخص الذاتية حول مسئوليته عن ما حدث له ، الإذعان السلبى وإخفاء الأمر عن الاخرين وقد فسر لدى ٨٠ فى المئة من عينة جيهو على أنه دليل على المسئولية الشخصية ، كما كانت الغالبية تفكر أيضًا فى الأمر على أنهن اغتصبن جنسياً عندما كن أطفالا ، وكانت ذكرياتهن عن المتعة الجنسية أثناء انتهاكهن مصدراً دائماً للشعور العميق بالذنب . ودائماً ما تحمل الضحية معتقدات معينة تبرئ المعتدى ، أو تلتمس له الأعذار عن مسئوليته . مثال ذلك أن المعتدى كان مريضًا ، وأن الافعال كانت لتعزيز العلاقة بين المعتدى والضحية، وأنها كانت جزءاً من محاولة لجعلها شريكة جنسية أفضل عندما تكبر . وتتضمن المعتقدات المشوهة جنسياً اعتقاد الضحايا أنهن بلا قيمة و أنهن سيئات (قررت ذلك ٨٠ فى المئة من عينة جيهو) بما يجعلهن مختلفات اختلافا بيناً عن الأخريات ، ويجعلهن مرفوضات من الآخرين نتيجة للانتهاك ، وبما يجعلهن غير مناسبات أو بلا فائدة ، أو أن عليهن أن يقللن من حقوقهن نحو الرجال . ويدعو جيهو لطريقة لإعادة تشكيل البنية المعرفية ؛ حيث تعرض أولا العلاقة بين المعتقدات والمشاعر بالطريقة ، التى سبق شرحها ، ثم تحدد بعد ذلك المعتقدات الخلصة التى تعزى اليها اضطرابات المزاج ، من خلال الاسئلة والاستدعاء البعيد ، ولعب الأدوار ، والتخيل ، وتسجيل اليوميات ، وباستخدام بطارية المعتقدات (Jehu et al., 1986) . لقياس بعض المعتقدات الشائعة المشوهة المتعلقة بالانتهاك الجنسى للأطفال يكشف المعالج مع الضحية بعض المعتقدات الصحيحة والواقعية الاخرى كبدائل لتلك المعتقدات المشوهة وغير التوافقية .

ملخص لعلاج جيهو المعرفى السلوكى لاضطرابات المزاج المرتبطة بضحايا الانتهاك الجنسى

توفير المعلومات : يمكن للمعلومات حول مدى انتشار الانتهاك الجنسى ، أن تساعد على خفض أفكار المريضة حول أنها مختلفة عن أى واحدة أخرى ، ويضيف جيل Gil (1984) المشكلات الانفعالية للنساء اللاتى انتهكن جنسياً ، والتى يمكن أن تكون مصدر عون ، عندما تقرأ الضحايا خبرات الآخريات التى كتبنها .

التحليل المنطقي : هل تؤيد الدلائل النتائج التى انتهت إليها الضحية بالضرورة ، مثال ذلك: يجب أن أكون أنا الملومة لاننى أُخرجت من البيت (بعد اكتشاف الانتهاك) ، إذ توجد نتيجة أخرى هى أنها أخرجت حماية لشخصها .

دحض التفكير المأساوي : قد تجد الضحية التى تعتقد أنها قد تحطمت نهائياً ، ولن تكون قادرة أبداً على العيش بطريقة سوية أن من المفيد لها أن تتعلم أن الكثير من الضحايا يستطيعن الحياة بطريقة سوية ، بل إنهن يعيشن هذه الحياة بالفعل .

التباعد : ويقصد به وضع تمييز بين : « أعتقد » وهو رأى عرضة للتفنيد ، وبين « أعرف » وهو حقيقة لا تقبل التفنيد ، مثال ذلك امرأة تعرف أنها كانت تلام على انتهاكها ، قد لا تكون قادرة على إبعاد نفسها عن ذلك ، بسماعها ضحايا الانتهاك السابقات ، اللاتى أعتقدن أنهن الملومات .

إعادة الاعزاء : يراجع المعالج والضحية دلائل الانتهاك للتوصل إلى تحديد أكثر دقة للمسئولية عن الانتهاك ، مثال ذلك « يجب أن أكون أنا الملومة عن سلوكى الجنسى ، عندما كنت طفلة ، لأننى لم أرغم على هذا العمل ، وقد استمر الأمر معى لفترة طويلة » . والصيغة البديلة هى . « بمعنى ما لقد كنت مجبرة على ذلك ، ولم أكن أستطيع ايقاف الأمر بسبب (أ) ان المعتدى ظل يغرينى قائلاً : ماذا بك ؟ ألا تريدين مساعدة رجل عجوز ؟ وقد تعلمت مبدأ إن الفتيات الجميلات الصغيرات يفترض فيهن مساعدة الناس وإدخال السرور عليهم ؛ وبالأخص كبار السن ولم أكن أريد إيلامه بعدم الاستمرار فى المشاركة (ب) لقد كنت أرغب بشده فى الحصول على اهتمام شخص ما خارج أسرتى ، وقد منحنى هو هذا الاهتمام (جـ) لم أكن أستطيع رفض حمل الغذاء له فى الحقل حيث كان الانتهاك يحدث دائماً ؛ لأننى سأكون عندئذ فى حاجة لأن أفسر لزوجته لماذا أرفض ، ولم أكن أريد أن أسبب لها الضيق (د) كنت أخشى إذا أخبرت والدتى أن لا تفعل شيئاً لحمايتى . (هـ) لم أكن أفكر فى إخبار والدى لاننى أكرهه ، وكنت أخشى أن يلومنى أو يعاقبنى أو لا يفعل شيئاً . ويقدم جيهو (1988) Jehu نتائج واعدة للغاية لهذا العلاج ، مع نسبة تحسن أكلينيكية من الاكتئاب ، تصل الى ٩٥ فى المئة من حالاته ، مع حدوث انخفاض فى المعتقدات المشوهة ، وتاثيرات مفيدة على العلاقات الزوجية والجنسية لدى نسبة كبيرة من الضحايا .

تقييم السلوك الانتحارى

أفضل منبئ منفرد للاكتئاب هو محاولة سابقة للانتحار ، غير أن واحداً فى المئة فقط سيعملون على قتل أنفسهم فى السنة التالية (Maclead et al., 1992) ، وقد وجد كريتمان وفوستر Kreitman

and Foster (1991) المؤشرات التالية على محاولة الانتحار : وجود محاولة سابقة للانتحار ، اضطراب فى الشخصية ، تعاطى كمية من الكحول تزيد عن ٢١ وحدة فى الأسبوع بالنسبة للذكور ، ١٤ وحدة بالنسبة للإناث ، الحصول على علاج طبى نفسى سابق ، التعطل عن العمل ، المستوى الاجتماعى منخفض ، تعاطى المخدرات ، وجود سجل اجرامى ، تعرض للعنف أو ممارسة له خلال السنوات الخمس السابقة ، العمر بين ٢٥ ، ٤٥ ، عدم الزواج ، الترمل أو الطلاق . وكل من لديهم ثلاثة أو أقل من ثلاثة من هذه العوامل يصل معدل تكرار محاولتهم للانتحار إلى ٤,٩ فى المئة ، ومعدل من لديهم ٤ إلى ٧ عوامل هو ٢٠,٥ فى المئة ، وكان معدل أصحاب الدرجات التى تزيد عن ٨ هو ٤١,٥ فى المئة ، وقد ناقش ماكلويد وزملاؤه Macleod et al. (1992) . وبيك وزملاؤه Beck et al . (1974) بعض العوامل المهمة فى تقييم نية الانتحار ، بعد محاولة سابقة على الانتحار ، واستخلصوا النتائج التالية :

العوامل الخارجية : ما مقدار عزلة الشخص فى وقت المحاولة ؟ هل كان التدخل محتملا ام غير محتمل ؟ هل اتخذت أية احتياطات لمواجهة اكتشاف النية ؟ هل بحث الشخص عن المساعدة أثناء المحاولة أو بعدها ؟ هل قام الشخص بتصرف نهائى يبين أنه سيموت ؟ هل كتب الشخص رسالة قبل موته؟

التقرير الذاتي : هل يعتقد الشخص أن ما فعله سيقتله ؟ هل قال الشخص إنه يريد أن يموت؟ ما مقدار تعمد ارتكاب الفعل ؟ هل الشخص آسف أم مسرور أنه عوفى ؟

وقد ناقش ماكلويد وآخرون Macleod et al. (1992) بعض العوامل النفسية المرتبطة ذات الاحتمالية المتزايدة بمحاولة الانتحار ، مثل الضعف فى حل المشكلات التفاعلية ، وفقدان الامل فى المستقبل ، والفشل فى تنظيم الشخص لاستجاباته الفعالة . وقد ضمن فريمان وزملاؤه Freeman et al. (1990) مقياسا الافكار الانتحارية [1] (SSI ; Beck et al., 1979 a) ومقياساً لفقدان الامل [2] Beck et al. (1975) فى ملحق كتابهم ، وانظر أيضاً للمراجعة Appleby (1992) .

وهناك أسلوب يعرف باسم علاج لينهان Linhan الجدلى السلوكى [3] ، وهو علاج متعدد المكونات، ظهرت له نتائج مشجعة فى خفض السلوك الانتحارى لدى المرضى الحديين ، ممن لديهم اضطرابات شخصية . غير أن وصف هذا الأسلوب يخرج عن إطار هذا الفصل ، إلا أنه يمكن إحالة القراء المهتمين إلى لينهان وزملاؤه Linhan et al. (1991) .

خطر الانتحار ومسئولية المعالج

على المعالج أن يقيّم بعناية خطر الإقدام على الانتحار (مثال ذلك : , Kreitman and Foster 1991 ; Freeman et al., 1990 ; Macleod et al., 1992) وينصح المعالجون بمناقشة التقدم فى إمساكهم لزمام أمور مرضاهم ذوى الاكتئاب الخطير مع الزملاء المهنيين الاخرين ، طالما أن الأدوية والرعاية الداخلية فى المستشفى قد تكون من الأمور الضرورية .

---

(1) Scale for Suicidal Ideation (SSI)
(2) Hopelesseness Scale
(3) Dialectical Behaviuor Therapy .

مؤشرات لإدارة العلاج مع المرضى الاكتئابيين

١ – يجب أن يركز الفحص على التحليل الوظيفى (الفصل الاول) لتحديد العوامل ، التى تؤثر على الظهور اليومى للمزاج الاكتئابى والسلوك الاكتئابى .

٢ – قد يمثل تسجيل قوائم بالأنشطة اليومية ميزة إضافية الى ذلك ، ولكنها ستحدد أيضًا ما إذا كان المرضى قد وصفوا أنشطتهم اليومية واستمتاعهم بها ، واحساسهم بالإنجاز وصفا صحيحاً أم لا .

٣ – على المعالج ان يقيّم إذا ما كان التدريب على المهارات التوكيدية أو المهارات الأجتماعية الأخرى مرغوباً أم لا ؟

٤ – قد تكون بعض المشكلات النفسية الاخرى ، مثل : القلق العام والخوف من الاماكن المفتوحة بمثابة مصادر خفض لتعزيز السلوك غير الاكتئابى لذا يمكن أن تكون لها الاولوية فى العلاج .

٥ – قد تشير درجة شدة تكدر المريض لضرورة استخدام إجراءات التشتيت ، وبرمجة الأنشطة اليومية ، أو جلسات الأنشطة اليومية ، منذ البداية ، أو عدم ضرورتها .

٦ – قد يبرهن بعض المرضى الاكتئابين على صعوبة علاجهم (انظر مؤشرات الاستجابة للعلاج ص١٤٥).

٧ – هناك بعض المقاييس الخاصة لمستوى اكتئاب المريض ، يتعين تسجيل نتائجها فى كل جلسة علاجية ، وانخفاض درجات هذه المقاييس إلى أدنى مستوى ، قد يكون هو الهدف الاساسى من العلاج .

٨ – غالبا ما يكون المنحى الذى يستخدم مكونات من كل من العلاج المعرفى والسلوكى مناسباً .

٩ – قد يكون من الضرورى الموافقة مبدئياً على عدد محدود من الجلسات ، خمسة مثلاً .

١٠– يتعين وضع تمييز بين الانفعالات والأفكار ، وأن يفهمه المريض والذى يمكن اعطاؤه كتيبًا اوليًا لقراءاته (Beck and Greenberg , 1974) ؛ ليوضح له الأفكار السلبية ودورها فى الاكتئاب ، وخطوات العلاج المعرفى .

١١ – يجب توضيح تأثير الأفكار على الانفعالات ، كما يتعين تسجيل هذا التأثير (جدول ١ – ٦) .

١٢ – يجب مناقشة العلاج مع المريض باعتباره عملاً مشتركًا ، ويتعين تشجيع المرضى على عرض المشكلات ، التى تكدرهم حديثاً لوضع أهداف العلاج وتقديم الأسئلة حول ملاحظات المعالج .

١٣ – يجب وضع جدول أعمال لكل جلسة ، بالتعاون مع المريض عند بداية الجلسة .

١٤ – يجب أن تتضمن بنود جدول الأعمال ردود فعل المريض (العائد أو الأستجابة) للامور ، التى نوُقشت فى الجلسات السابقة (هل فهم المريض وتقبل ما تمت مناقشته ؟) ومناقشة الواجبات المنزلية مثل قوائم النشاط ، وتسجيل الأفكار السلبية .

١٥ – يتعين مناقشة وتوضيح كيفية تحديد الاخطاء فى التفكير ، وطرق مواجهة الأفكار السلبية (جدول ٦–٢) ، وعلى المريض والمعالج أن يبحثا طرق مواجهة وخفض الكدر المصاحب للأفكار السلبية .

١٦ - يجب أن يكون تسجيل الأفكار السلبية والأفكار البديلة من بين الواجبات المنزلية (جدول ١ - ٦) .

١٧ - يمكن خلال الجلسات استخدام الأساليب السلوكية وبالأخص لعب الأدوار للإشارة مثلا إلى الافكار المثبطة ، التى يعانيها المريض فى تفاعله الاجتماعى أثناء العمل .

١٨ - يمكن على وجه الخصوص استخدام لعب الادوار والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتدريب على حل المشكلات والعلاج الزواجى لتوطيد وممارسة السلوك ، الذى يمكن أن يحل المشكلات ، بما فى ذلك مشكلات سلوك الاخرين نحو المريض .

١٩ - يجب الموافقة بالتالى على تمرينات الواجب المنزلى ، حتى يمكن ممارسة السلوك ، الذى جرب فى لعب الادوار .

٢٠ - يجب ملاحظة بعض الخفض الذى يحدث فى الاكتئاب لدى الحالات البسيطة نسبياً ، وذلك على مدى أربع أو خمس جلسات ، إذا ما كان ذلك سيساعد على تقرير مواصلة العلاج كاملاً ام لا . وإذا كان العملاء من المقيمين فى المستشفى ، وفشلوا فى الاستجابة لانواع العلاج الاخرى ، أو كانت لديهم اضطرابات شخصية ومصاحبة ؛ فسيكون المطلوب عندئذ بصفة عامة إحداث تعديل فى العلاج (انظر Scott , 1988 , Young , 1989) .

References

Appleby, L. (1992) 'Suicide in psychiatric patients: risk and prevention', *British Journal of Psychiatry* 161: 749–58.

Barber, J. P. and DeRubeis, R. J. (1989) 'On second thoughts: Where the action is in cognitive therapy for depression', *Cognitive Therapy and Research* 13: 441–57.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford.

Beck, A. T. and Greenberg, R. L. (1974) *Coping with depression*, New York: Institute for Rational Living.

Beck, A. T., Kovacs, M. and Weissman, M. (1975) 'Hopelessness and suicidal behavior: an overview', *Journal of the American Medical Association* 234: 1146–9.

Beck, A. T., Kovacs, J. and Weissman, M. (1979a) 'Assessment of suicidal ideation: The Scale of Suicidal Ideation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 343–52.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979b) *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Schuyler, D. and Herman, J. (1974) 'Development of suicidal intent scales', in A. T. Beck, H. L. P. Resnick and D. J. Lettieri (eds) *The Prediction Suicide*, Maryland: Charles Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. and Garrison, B. E. (1985) 'Hopelessness and eventual suicide: A ten-year prospective study of patients hospitalized for suicidal ideation', *American Journal of Psychiatry* 142: 559–63.

Beckham, E. E. (1989) 'Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect?', *Journal of Clinical Psychology* 45(6): 945–50.

Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, I. M., Whalley, L. J. and Christie, J. E. (1981) 'The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination', *British Journal of Psychiatry* 139.

Blackburn, I. M., Eunson, K. M. and Bishop, S. (1986) 'A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both', *Journal of Affective Disorders* 10: 67–75.

Bowers, W. A. (1990) 'Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone', *British Journal of Psychiatry* 156: 73–8.

Boyd, J. H. and Weissman, M. M. (1981) 'Epidemiology of affective disorders', *Archives of General Psychiatry* 38: 1039–46.

Burns, D. D. (1980) *Feeling Good: the new mood therapy*, New York: William Morrow.

Cahill, C., Llewelyn, S. P. and Pearson, C. (1991) 'Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 1–12.

Clayton, P. J. (1984) 'Overview of recurrent mood disorders: Definitions and natural course', paper presented at the National Institute of Mental Health Consensus Develop- ment Conference, Washington, DC.

Davis, J. M. (1976) 'Overview: maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders', *American Journal of Psychiatry* 133: 1–14.

de Jong, Treiber and Henrich (1986) 'Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions', *Cognitive Therapy and Research* 10(6): 645–63.

DeRubeis, R. J. and Beck, A. T. (1988) 'Cognitive Therapy', in K. S. Dobson (ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, New York: Guilford.

DeRubeis, R. J. and Feeley, M. (1990) 'Determinants of change in cognitive therapy for depression', *Cognitive Therapy and Research* 14(5): 469–82.

DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M. and Tuason, V. B. (1990) 'How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(6): 862–9.

Dobson, K. S. (1989) 'A Meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(3): 414–19.

Dobson, K. S., Shaw, B. F. and Vallis, T. M. (1985) 'Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 295–300.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. and Parlott, M. B. (1989) 'NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: 1 General effectiveness of treatments', Archives of General Psychiatry 46: 971–82.

Emery, G. (1981) *A New Beginning: How You Can Change Your Life Through Cognitive Therapy*, New York: Simon & Schuster.

Fennell, M. J. V. (1989) 'Depression', in K. Hawton, P. M. Salkowskis, J. M. Kirk and D. M. Clark (eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical guide*, Oxford: Oxford Medical (Ch .6)

Fennell, M. J. V. and Teasdale, J. D. (1982) 'Cognitive therapy with chronic, drug- refractory depressed out-patients: a note of caution', *Cognitive Therapy and Research* 6 (4): 455–60.

Fennell, M. J. V. and Teasdale, J. D. (1987) 'Cognitive therapy for depression: individual differences and the process of change', *Cognitive Therapy and Research* 11(2): 253–71.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. and Simon, K. M. (1990) *Clinical applications of cognitive therapy*, New York: Plenum.

Gil, E. M. (1984) *Outgrowing the Pain: a book for and about adults abused as children, 2nd edn*, San Francisco: Launch.

Gotlib, I. H. and Hammen, C. L. (1992) *Psychological Aspects of Depression: towards a cognitive-interpersonal integration*, Chichester, Wiley.

Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. and Ernst, D. (1991) 'Empirical status of Cognitive Theory of Depression', *Psychological Bulletin* 110(2): 215–36.

Hollon, S. D. (1981) 'Comparisons and combinations with alternative approaches', in L. P. Rehm (ed.) *Behavior Therapy for Depression: Present status and Future Directions*, New York: Academic Press.

Hollon, S. D. and Beck, A. T. (1978) 'Psychotherapy and drug therapy: comparison and combinations', in S. L. Garfield and A. E. Bergin (eds) *The Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 2nd edn* New York: Wiley.

Hollon, S. D. and Beck, A. T. (1979) 'Cognitive therapy for depression', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*, New York: Academic Press.

Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., Tuason, V. B., Kriss, M. and Piasecki, J. (1985) 'Development of a system of rating therapies for depression', unpublished manuscript, University of Minnesota and St. Paul–Ramsay Medical Center, Minneapolis-St. Paul, Minn.

Hollon, S. D. and Najavits, L. (1988) 'Review of empirical studies on cognitive therapy', in A. Tasman, R. Hales, and A. Frances (eds) *Review of Psychiatry* 7: 643–666.

Hollon, S. D., Shelton, R. C. and Loosen, P. T. (1991) 'Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(1): 88–99.

Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W. R. and Glass, D. R. (1990) 'Mode-specific effects among three treatments for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 352–59.

Jehu, D. (1988) *Beyond Sexual Abuse: Therapy with women who were childhood victims*, Chichester: Wiley.

Jehu, Klassan and Gazan (1986) 'Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse', in J. Gripton and M. Valentich (eds), *Social Work Practice in Sexual Problems*, New York: Haworth.

Joyce, P. R. and Paykel, E. S. (1989) 'Predictors of drug response in depression', *Archives of General Psychiatry* 46: 89–99.

Kelly, D. (1982) 'Leucotomy', in E. Paykel, (ed.) *Handbook of Affective Disorders*, London: Churchill Livingstone.

Klerman, G. L., Rounsaville, B., Chevron, E., Neu, G. and Weissman, M. M. (1979) *Manual for Short-term Interpersonal Psychotherapy (IPT) of Depression, 4th rev.*, mimeographed publication distributed by Yale University School of Medicine, New Haven, Conn.

Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T. and Hollon, S. D. (1981) 'Depressed out-patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: a one-year follow-up', *Archives of General Psychiatry* 38; 33–9.

Kreitman, N. and Foster, J. (1991) 'The construction and selection of predictive scales with particular reference to parasuicide', *British Journal of Psychiatry* 159: 185–92.

Lader, M. and Herrington, R. (1990) *Biological Treatments in Psychiatry*, Oxford: Oxford Medical.

Lazarus, A. (1980) *Multimodal Life History Questionnaire*, Kingston, NJ: Multimodal Publications.

Lehmann, H. E. (1977) 'Depression: somatic treatment methods, complications, failures', in G. Usdin (ed.) *Depression: Clinical, Biological and Physiological Perspectives*, New York: Brunner/Mazel.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. and Heard, H. L. (1991) 'Behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients', *Archives of General Psychiatry.*

Luborsky, L., McClelland, G. E., Woody, G. E., O'Brien, C. P. and Auerbach, A. (1985) 'Therapist success and its determinants', *Archives of General Psychiatry* 42: 602–11.

Luborsky, L., Woody, G. E., McClelland, G. E., O'Brien, C. P. and Rosenzweig, J. (1982) 'Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 49–62.

McLean, P. and Hakstian, A. R. (1979) 'Clinical depression: comparative efficacy of out-patient treatments', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 813–36.

MacLeod, A. K., Williams, J. M. G. and Linehan, M. M. (1992) 'New developments in the understanding and treatment of suicidal behaviour', *Behavioural Psychotherapy* 20(3): 193–218.

Miller, I. W., Norman, W. H. and Keitner, G. I. (1989) 'Cognitive-behavioural treatment of depressed in-patients: six- and twelve-month follow-up', *American Journal of Psychiatry* 146(10): 1274–79.

Miller, I. W., Bishop, S. B., Norman, W. H. and Keitner, G. I. (1985) 'Cognitive/behavioural therapy and pharmacotherapy with chronic, drug-refractory depressed in-patients: a note of optimism', *Behavioural Psychotherapy* 13: 320–7.

Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer III, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Boyd, J. H., Burke, J. D., Kramer, M. and Stoltzman, R. (1984) 'Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980–1982', *Archives of General Psychiatry* 41: 959–67.

Neimeyer, R. A. and Feixas, G. (1990) 'The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression', *Behavior Therapy* 21(3): 281–92.

Nietzel, M., Russell, R., Hemmings, K. and Gretter, M. (1987) 'Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a meta-analytic approach to social comparison', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 156–61.

O'Leary, K. D. and Beach, S. R. (1990) 'Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord', *American Journal of Psychiatry* 147(2): 183–6.

Persons, J. B., Burns, D. D. and Perloff, J. M. (1988) 'Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting', *Cognitive Therapy and Research* 12(6): 557–75.

Robinson, L. A., Berman, J. S. and Neimeyer, R. A. (1990) 'Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research', *Psychological Bulletin* 108: 30–49.

Rogers, S. C. and Clay, P. M. (1975) 'A statistical review of controlled trials of imipramine and placebo in the treatment of depressive illness', *British Journal of Psychiatry* 127: 599–603.

Rush, A. J. and Shaw, B. F. (1983) 'Failures in treating depression by cognitive behavior therapy', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Schon, M. (1976) 'Prophylactic and maintenance therapy in permanent affective disorders', in D. M. Galland and G. M. Simpson (eds) *Depression: Behavioral, Biochemical, Diagnostic and Treatment Concepts*, New York: Spectrum Publications.

Scogin, F., Hamblin, D. and Beutler, L. E. (1987) 'Bibliotherapy for depressed older adults: a self-help alternative', *The Gerontologist* 27: 383–7.

Scogin, F., Jamison, C. and Gochneaur, K. (1989) 'Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3: 403–7.

Scott, J. (1988) 'Cognitive therapy with depressed in-patients', in W. Dryden and P. Trower (eds) *Developments in Cognitive Psychotherapy*, London: Sage.

Scott, J. (1992) 'Chronic depression: can cognitive therapy succeed when other treatments fail?' *Behavioural Psychotherapy* 20: 25–36.

Scott, M. J. and Stradling, S. G. (1990) 'Group cognitive therapy for depression produces clinical significant reliable change in community-based settings', *Behavioural Psychotherapy* 18(1): 1–19.

Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P. and Erdman, H. P. (1990) 'Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression', *American Journal of Psychiatry* 147(1): 51–6.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Hardy, G. E., Morrison, L. A. (1990) 'The second Sheffield psychotherapy project: rationale, design and prelimary outcome data', *British Journal of Medical Psychology* 63(2): 97–108.

Shea, M. T, Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T. and Parloff, M. B. (1992) 'Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program', *Archives of General Psychiatry* 49: 782–7.

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Scotsky, S. M. and Docherty, J. P. (1990) 'Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program', *American Journal of Psychiatry* 147(6): 711–18.

Simons, A. D., Levine, J. L., Lustman, P. J. and Murphy, G. E. (1984a) 'Patient attrition in a comparative outcome study of depression: a follow-up report', *Journal of Affective Disorders* 6(2): 163–73.

Simons, A. D., Garfield, S. L. and Murphy, G. E. (1984b) 'The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy: changes in mood and cognitions', *Archives of General Psychiatry* 41: 45–51.

Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L. and Wetzel, R. D. (1986) 'Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year', *Archives of General Psychiatry* 43: 43–9.

Simons, A. D. and Thase, M. (1992) 'Biological markers, treatment outcome, and 1-year follow-up in endogenous depression: electroencephalographic Sleep Studies and Response to cognitive therapy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(3): 392–401.

Stravynski, A., Shahar, A. and Verreault, R. (1991) 'A pilot study of the cognitive treatment of dysthymic disorder', *Behavioural Psychotherapy* 19(4): 369–72.

Taylor, F. G. and Marshall, W. L. (1977) 'Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression', *Cognitive Therapy and Research* 1: 59–72.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Di Mascio, A., Neu, C ., Goklaney, M. and Klerman, G. L. (1979) 'The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes', *American Journal of Psychiatry* 136: 555–8.

Williams, J. M. G. (1984) *The Psychological Treatment of Depression* London: Croom Helm.

Williams, J. M. G. (1992) *The Psychological Treatment of Depression, 2nd edn*, London: Routledge.

Williams, R., Moorey, S. and Cobb, J. (1991) 'Training in cognitive-behaviour therapy: pilot evaluation of a training course using the cognitive therapy scale', *Behavioural Psychotherapy* 19(4): 373–6.

Young, J. E. (1989) *Schema-focused Cognitive Therapy for Personality Disorders and Difficult Patients'*, Sarasota, Fla.: Professional Resource Exchange.

Young, J. and Beck, A. J. (1980) 'Cognitive therapy scale and rating manual', unpublished manuscript.

Zeiss, A. M. and Jones, S. L. (1983) 'Behavioral treatment of depression: examining treatment failures', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. and Munoz, R. F. (1979) 'Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal, cognitive, and pleasant events focused treatments', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 427–39.

الفصل السابع

فحص المخاوف والقلق

Fears and anxiety Investigation

س . ج . ل ليند ساى Lindsay

الفصل السابع

فحـــص المخاوف [1] والقلق

س . ج . ل ليندساي   Lindsay

مقدمة . تأثـير المخـاوف

يبـدو من الواضح حتى من خلال مراجـعـة سريعة للصحف اليومية ، والتليفــزيون والإذاعـة أننا معرضـــون بشـــكل دائم لطوفان من الشـــواهد ، التى تجعلنا مهددين فى صحتنا بصورة مفزعة ، ومـهـددين من الكوارث البيئية ، ومن مخاطر أخرى ، وحتى المعـلومات المقدمة بصورة معـينة لتشجيعنا على اتخـاذ قدر أكبر من الحيطة فى العناية بصحتنا ، وللوقاية من الأمراض التى لا شفاء منها ، ومن مخاطر اسـتهلاك الأغذية المختلفة مقـدمة هى الأخرى لتشجع على اليأس والخوف ، لذا يعد الكثير منها مصادر خطر (Berger etal. , 1991) . لهذا يبدو مثيرا للدهشة أن الكثيرين من الناس مازالوا متفائلين ، فيما يخص هذه المخاطر ، على الرغم من تعرضهم للضرر (Taylor and Brown , 1988) . وعلى الرغـم من ذلك وبالنسـبة لبعض المخاوف ، وعلى وجه الخصوص تلك المرتبطة بتوقع الألم مثلما يوجد فى العـلاج المعتاد للأسنان ، يبدو التشاؤم شائعاً ومعقولاً ، وقد يحمى المريض من الألم (Lindsay and Jackson , 1993) .

كيف يؤثر هذا الخوف الشديد على أولئك الذين يستسلمون له ؟ يتوقع من أصحاب الخوف من الأماكن المفتوحة [2] أن ينهاروا أو يتعرضوا لذبحة صدرية ، أو قد يموتون فى الشوارع أثناء خروجم للتسوق (Tharpe and Burns , 1983) ، ويعتقد أصحاب مخافة الأسنان [3] انهم سيظلون يفكرون أثناء العلاج أنهم فجأة سيتعرضون للألم ، وأنه من الصعب بالنسبة لهم التحكم فى هذه الأفكار (Kent and Gibbon , 1987) . والأشخاص الذين يكونون قلقين أثناء صحبتهم لآخرين ، قد يقررون بوضـوح أنهم يكونون غير مستريحين ، وأنهم سيظهرون فى صورة المترددين والأغبياء ، عندما يتحدثون اليهم (See. Glass et.al , 1982 , Halford and Foddy , 1982) .

ومع ذلك فدائماً ما يعانى أولئك الذين يخافون من هذه المواقف من صعوبة ذكر ما الذى يكدرهم ، أو ما الذى يشعرون به (Mayer and Reich , 1987) مثال ذلك أن عقولهم تصبح خاوية تماماً أثناء نوبة الهلع ، يضاف إلى ذلك أن مجرد توقع عميل خوافى [4] بشكل مبكر لاحتمال حدوث موقف مهدد يؤدى الى تفاقم إحساسه بالكدر نتيجة لعدم يقينه ، مما إذا كان هذا الموقف سيحدث ام لا ، ومتى وأين سيحدث . وبالتالى فإن مرضى خواف الأماكن المفتوحة قد لا يكونون على يقين مما إذا كانوا سيتعرضون

---

(1) Fears
(2) Agoraphobia
(3) Dental phobia
(4) Phobic

للإغماء أو الشعور بالدوار ، حتى فى المواقف التى يتوقعون ان يكون احتمال حدوثها كبيراً ، ويخشى مرضى خواف الأسنان على وجه الخصوص من مجرد عدم تأكدهم من اللحظة التى سيتعرضون فيها للألم (Lindsay , 1984) وقد يكون الأشخاص القلقون اجتماعيًا عصبيين بصفة خاصة ؛ لأنهم لا يعلمون متى سيكون مطلوبا منهم الحديث أو الإجابة عن سؤال أثناء وجودهم مع آخرين . والبعض ممن يبتلون بكارثة القلق الدائم يمكن أن يصبحوا عصبيين بشكل غير متوقع إزاء الكثير من الأحداث أو المواقف .

ويمكن للخوف والقلق أن يصبحا ببساطة مصدراً للشقاء نتيجة لشدتهما . ويؤدى الانشغال المستمر بمخاوف معينة مثل توقع مخاطر المرض ، الذى يلاحظ فى اضطرابات الهلع إلى جعل تحمل الخوف اقل سهولة . كما يرتبط الخوف والهلع بالإضافة الى ذلك باحتمال مرتفع للانتحار , Marks) (1987 أو التعرض لأمراض قلبية خطيرة (Haines et al., 1987) ، وعلى أى الأحوال فإن الميكانيزمات الخاصة بهذه العلاقة مازالت بعيدة عن الوضوح ، والأكثر وضوحًا هو أن المخاوف المزمنة والقلق يمكنهما أن يؤديا إلى إعاقة العلاقات الاجتماعية والعمل والترفيه .

مثال ذلك امرأة تعيش فى كنت بجنوب شرق إنجلترا لديها مخافة من الثعابين ، وتعانى من نوبة هلع شديده عندما تشاهد ثعبانا فى التليفزيون ، وكان أفراد أسرتها ينزعون صور الثعابين من المجلات، لكى يمنعوا تعرضها للهلع إذا شاهدتها . شاب آخر عانى من توتر شديد ونوبات هلع متواترة عندما يكون فى غرفة مزدحمة ، وكان يتحمل بصعوبة شديدة زيارة اصدقائه له ولزوجته ، وترتب على ذلك ندرة ما يتلقون من زيارات ، ولأن لديه اطفالاً صغاراً وكانت زوجته لا تعمل خارج البيت فقد مثل ذلك ضغوطاً على الزوجة ، وعلى علاقتهما الزوجية .

وغالبا ما يقترن التجنب بالتعبير عن الخوف . ولذا فإن مرضى خواف الأماكن المفتوحة يتجنبون الخروج من منازلهم أو القيام بالتسوق ، كما يتجنب مرضى الخواف الاجتماعي لقاء الغرباء أو حتى الأصدقاء ، وقد يكونوا غير قادرين على الحديث وسط مجموعة من الأفراد . ويتجنب مرضى مخافة الأسنان علاج أسنانهم . ويمكن للكثير من العوامل أن تحد من الارتباط بين التجنب وبين التعبير عن الخوف والقلق ، مثال ذلك أن العملاء سيتحملون الكدر الشديد أثناء العلاج بالإغراق (١)، عندما يتعرضون للمواقف التى تسبب لهم أكبر قدر من الفزع ؛ لأنهم يعرفون أنهم سيتخلصون بذلك من مخاوفهم ، وقد يوافق العملاء أيضاً على العلاج الطبى وعلاج الأسنان ، حتى إذا كانوا شديدى العصبية فى هذه المواقف لأنهم يرغبون فى تجنب قدر أكبر من النتائج المترتبة على تدهور صحتهم . ويحضر أصحاب القلق الاجتماعى الأجتماعات أثناء العمل ، نتيجة لخوفهم المتزايد من تعرضهم للتأنيب أو فقدان وظائفهم .

وهناك أشكال سلوكية أخرى ترتبط بالخوف ، مثال ذلك السعى للحصول على تأكيد متكرر من الأسرة والأصدقاء والأطباء حول المخاطر ، التى تتعرض لها صحتهم ، ويلاحظ ذلك فى المخاوف ، التى تكون نوبات الهلع واضحة فيها .

أسـبـاب المـرض (٢)

تقديم مراجعة شاملة للأسباب يتجاوز منظور هذه المناقشة ، ولكنه متاح فى مصادر أخرى (Marks , 1987 , Edelmann , 1992)

(1) Flooding
(2) Etiology

تأثير التشـــريط (١)

كانت أغلب نظريات الخوف والقلق المهمة فى علم النفس الأكلينيكى ، هى تلك التى أكدت تأثير الخبرات غير السارة التى تحدث مرتبطة بموقف غير مهدد بالاحرى ، وتتسق نماذج التشريط الكلاسيكى (Rachman , 1991, Wilson , 1982) هذه اتساقا جزئيا مع المثال التالى :

امرأة مسنة تلقت اتصالا تليفونياً فى بيتها من زوجها الذى كان يتكلم من تليفون عمومى بالشارع ليخبرها أنه شعر فجأة بالمرض أثناء ترييضه للكلب ، ولسوء الحظ أنه انهار بعد ذلك ومات قبل وصوله للبيت . وتلى حزن ارملته الحاد لهذا الحرمان المفاجىء زيادة فى معارضتها الخروج من البيت ، ثم تعرضت لنوبة هلع ، عندما كانت فى مركز للتسوق بعد ذلك بعدة أسابيع ، وأوحت لها أعراض ضيق التنفس وسرعة خفقان القلب والدوار أنها يحتمل أن تموت هى أيضا فجأة بينما هى بعيدة عن البيت ، وبالتالى لاتجد المساعدة بالقرب منها . ونتيجة لاعتقادها أنها ستكون فى أمان عندما تكون فى البيت فقط، وبالقرب من التليفون ، أصبحت معتمدة على الأصدقاء والجيران لقضاء حاجاتها . وقد استطاعت هذه العميلة أن تتذكر خبرة مماثلة ، عندما كانت أصغر عمراً وهى انها كانت تعانى من الشعور بالدوار وخفقان القلب فى مثل هذه المواقف ، وقد شجعها ذلك على الاعتقاد ان قلبها ضعيف .

والمنبه الشرطى المحايد هنا هو مركز التسوق ، كما يبدو أن نوبة الهلع هى الاستجابة غير الشرطية . ومع ذلك – وكما يحدث فى الكثير من حالات خواف الأماكن المفتوحة – يكون المنبه الشرطى غير واضح .

وقد ورد فى تقارير أفراد عينة واحده لمرضى خواف الأماكن المفتوحة توقع إحداث مشابهة بنسبة تزيد عن ٧٠٪ وذلك وفقا لما ذكره ثورب وبيرنز (Thorpe and Burns (1983 . إلا أن مسوحاً وتحليلات أخرى لهذه المخافة ومخاوف أخرى ، حددت عدداً أقل من الأوقات ، التى يكون فيها مثل هدا التوقع واضحاً (Murray and Foote , 1979 , Lindsay and Jackson , 1993)

وعلى الرغم من التناقض المستمر فى الاهتمام بالنماذج الشرطية ، إلا أن أهميتها مازالت كبيرة فى دعم التقدم الاولى للعلاج السلوكى لهذه المشكلات ، بالإضافة إلى ذلك فإن بعض أشكال السلوك مثل زيادة معدل ضربات القلق وارتفاع ضغط الدم والارتعاش والتهيج ، والتى تصاحب مظاهر الخوف والقلق تم القاء الضوء عليها ، من خلال تطبيق أساليب التشريط الكلاسيكى للتجنب وعدم التجنب (See : Dykeman et al., 1965) وهذه المظاهر المعروفة هى التى يبدو أنها الأكثر صلة بتفسيرات هذه المخاوف الإنسانية ، مثل : اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (٢) (Lindsay , 1992) ، والخوف من الألم أثناء العلاج الطبى وعلاج الأسنان ، وحيث يوجد توقع صدمى واضح . ومع ذلك فحتى بالنسبة لهذه الحالة الاخيرة فإن التأثير المعرفى مثل تغيير الذكريات والتوقعات الخاصة بالألم يحتمل أن يؤثر فى تطور المرض ومقاومة الخوف (Lindsay, 1984 , Lindsay and Jackson , 1993) .

فروض سببية أخرى

يخدم القيام بملاحظة المخاوف والتجنب لدى الآخرين بمثابة نموذج لهذا الارجاع لدى العميل . وهو فرض يقوم على التعليم الاجتماعى ، ويتسق معه ما ينبه إليه وايندهوسر (1987) Windheuser من

---

(1) Conditioning
(2) Post-traumatic strees disorder .

أن الأطفال لديهم مخاوف مشابهة لما لدى أمهاتهم ، وقد أكد بعض المؤلفين أن منبهات معينة تبدو قابله على الفور للارتباط بالخوف ؛ نتيجة لبعض قيم حفظ البقاء الحيوية (Seligman . 1971) ، وهذا هو فرض القابلية . كما وجه الاهتمام ايضاً للتأثير المحتمل للتوتر المستمر لأحداث خوف وقلق حاد Emmelkemp) 1982) ، وقد لاحظ بعض المؤلفين الاحتمال الكبير ، الذى سيطور به الأطفال مخاوف إضافية، عندمايكون لديهم بالفعل بعض المخاوف (e.g. Liddell . 1990) ، كما يعبر الراشدون ذوو الخوف العميق عن اعلى مستوياتهم من العصابية (Lautch , 1971) ، و قد ساندت هذه الملاحظات الأدلة حول التأثيرات البيولوجية والوراثية على الخوف .

وقد راجع راخمان Rachman (1980) هذه التأثيرات التى كانت متضمنة بدرجات مختلفة من اليقين فى البحوث الأكلينيكية والمعملية فى صورة عدم القدرة على تجاوز الخوف والأنعصاب (1) ، ويتضمن ذلك بالنسبة للمفحوص اثارة (2) عالية وتعب أثناء فترة الانعصاب لدى الشخصية العصابية المنطوية . والأنعصاب اقل سهولة فى تجاوزه إذا كان مفاجئاً وشديدا وغير متوقع وخارج عن السيطرة ، وفى وجود متغيرات أخرى مثيره للتوتر مثل الحرارة والضوضاء .

وتكرر فوا وكوزاك Foa and Kozak (1986) ، فى بحث نظرى مهم لهما ، مستخدمين بيانات نفسية وفسيولوجية ، إيضاح الطبيعة النشطة للخوف . ومع ذلك ولأسباب اكلينيكية متعددة ، فإن أى نظرية تؤكد الارتباط بين الإثارة الفسيولوجية والتجنب والعوامل المعرفية لا تعد نظرية بناءة بقدر كبير . (e . g , Zander and Mc Nally , 1988) ، ذلك أن ما يحظى بالاهتمام والعناية الفورية فى الممارسة الاكلينيكية هو تعبيرات العميل عن الخوف ، وخبرته فى الانعصاب ، وسلوكه مثل التجنب ، والسعى للحصول على التأكيدات ، وتعاطى الكحول . ولنضع فى الاعتبار ، على سبيل المثال ، العميل الذى أصبح غير قادر على قيادة السيارة للذهاب إلى عمله فى وسط لندن ؛ لأنه يخاف من تعطل سيارته فى إشارة مرور ، وهو يتوقع إنه إذا حدث ذلك فسيجد أن الفخ الذى سقط فيه محزن ، لأنه سيضطر عندئذ لترك سيارته حيث وقفت ويفر . وهو يتوقع مقدار الحرج الشديد الذى سيكون فيه ؛ حيث يتخيل أنه سيتعرض لضحك وسخرية أصحاب السيارات الأخرى .

يبدو هنا أن أولويات العلاج ستكون لخفض الشعور بالكدر (الخوف ، القلق ، التوتر) الذى يعانيه العميل بينما هو فى سيارته فى زحام مرورى لفترة طويلة . وسيتساوى مع ذلك فى الأهمية أن نجعل أمر القيادة فى مدينة مزدحمة الشوارع مع وجود مخاطر حقيقية لتعطل سيارته امراً ممكناً . ويحتمل أن يكون تغيير توقعات العميل حول خبرته ضرورياً لهذا الغرض . وبالتالى لايبدو من أول وهلة انه من الضرورى مراقبة النشاط الفسيولوجى وتغييره بما فى ذلك معدل ضربات القلب أو التوصيل الجلدى والذى يبدو أنه لن يشارك بجزء فورى فى خبرة العميل ، ويتضمن التعبير عن الخوف والتجنب تأثيرات على الملاحظين بما فى ذلك الأخصائيين الأكلينيكيين وأسرة المريض ، على العكس من النشاط الفسيولوجى ومع ذلك ، ستتم مناقشة عملية مراقبة النشاط الفسيولوجى فيما بعد . وفى بعض الظروف تكون الإثارة الفسيولوجية موضع قدر أكبر من الاهتمام المباشر ، مما يوجد فى هذه الحالة .

---

(1) Stress
(2) Arousal

التأثيرات المعرفية

أصبح للنظريات التى تؤكد التأثيرات المعرفية تأثير كبير حاليا فى علاج المخاوف الاجتماعية (Butler , 1989) ، والقلق العام (١) ، واضطرابات الهلع (Clark et al., 1988) . وتؤكد هذه النظريات حساسية الناس المتخوفين والمستهدفين للهلع للمؤشرات المنبئة بالخطر (انظر على سبيل المثال Mathews and Meleod , 1986) وتفسير هذه الخبرات باعتبارها سلوكًا معرضًا للتهديد ، يؤدى لتفاقم القلق بعد ذلك ، والذى يؤدى بدوره إلى أعراض يستجيب لها العميل بقدر أكبر من القلق . إذًا يمكن القول أن مثل هذه التأثيرات تسهم فى مضاعفة تكدر المرأة المسنة التى سبق وصف حالتها . وقد كُرس قدر كبير من الاهتمام فى البحوث التجريبية خلال السنوات الأخيرة ؛ لأستدعاء المواد التى افترض أنها تحمل علامات الإنذار للأفراد ذوى اضطرابات القلق . وتشير الخبرة الاكلينيكية إلى أن مثل هؤلاء الأشخاص دائمًا ما يتذكرون الأحداث التى مرت بحياتهم ، والتى أضافت إلى قلقهم الحالى . مثال ذلك مريض معروف للمؤلف يعانى من القلق الاجتماعى كان كثيراً ما يتذكر أنه تعرض للمهانة من المدرسيين فى المدرسة عندما كان صغيرا . ويلاحظ أيضا فى اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، تكرار أولئك الذين يعانون منها للوصف الحى لصور الذاكرة المقتحمة للأحداث الصادمة ، مثل تعرضهم لهجوم أو لحوادث طرق سببت تكدرهم .

وكثيراً ماتصف فوا وكوزاك Foa and Kozak (1986) نشاط الخوف فى المواقف المهدده للأشخاص الخوافيين بأعتباره يؤدى إلى تنشيط الذكريات ومع ذلك فقد فشلت أغلب الدراسات التجريبية فى تأكيد أن الأشخاص ذوى اضطرابات القلق عززوا أو أضعفوا استدعاء المواد ، المفترض أنها تقوم بالنسبة لهم بدور الأنذار بصفة خاصة ، سواء لدى مرضى مخاوف الاماكن المفتوحة (Pickles and Van den brok , 1988) أو مرضى اضطراب الهلع (Beck et al., 1992) ومرضى اضطراب القلق العام (Mogg et al., 1987) ومع ذلك فقد قام المحاربون القدامى فى حرب فيتنام ممن يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بتعرف جيد للكلمات التى تستثير ذكرى ميدان القتال مثل كلمة «اكفان» (Zeitlin and Mc Nally , 1991) ويتعارض ذلك مع تذكرهم الضعيف للمعلومات بصفة عامة .

واستخلص كنت Kent (1985) من مرضى القلق المرتفع من علاج الأسنان أن ذكرياتهم تغيرت ، فحتى بعد انقضاء ثلاثة أشهر على العلاج وصف المرضى الخبره باعتبارها أشد إيلامًا مما شعروا به وقت العلاج ، ويثير هذا احتمال أن المرضى باضطراب القلق لا يحتاجون أن يكونوا على قدر من الكفاءة لتذكر المعلومات التى تنذرهم على وجه الخصوص . وبدلا من ذلك .. فإنهم يشكلون ذكريات حتى إذا لم تكن صحيحة لتهددهم ، متسقة فى ذلك مع المعلومات الأخرى .

والأكثر اتساقاً أن المرضى أصحاب اضطرابات القلق يظهرون كفاءة أكثر من الأسوياء فى كشف المعلومات الإنذارية فى مهام ، مثل : اختبار ستروب (٢) ، واختبار الإنصات المزدوج(٣) (Mathews and Meleod , 1986) وقد ذكر الاشخاص الذين يخافون من الثعابين أنها تبدو أكثر حركة ، بالمقارنة بتقدير حركتها لدى مجموعة ضابطة (Rachman and Cuk , 1992) .

---

(1) Generalized Anxiety
(2) Stroop test
(3) Dichotic Listening

ولم تدرس بحوث التأثير المعرفى تأثير المعلومات ذات الأهمية الفريدة لكل مفحوص بصفة خاصة، كأن تستدعى ذكريات الطفولة لدى العملاء الذين سبق وصفهم . بالإضافة إلى ذلك ، فعلى الرغم من أن هذه الدراسات ترى أن المفحوصين ممن لديهم اضطرابات قلق يظهرون تحيزاً فى الانتباه وفى استدعاء المواد التى تقوم بدور الإنذار ، إلا أنه من غير الواضح ما إذا كان هذا يؤثر فى توليد الخوف يوماً بعد يوم أم لا . ومع ذلك فقد أوحت هذه الدراسات بضرورة وضع الفحص المعرفى للمخاوف فى الاعتبار ، خلال الممارسة الأكلينيكية ، وذلك بسبب انخفاض الحساسية لهذه التحيزات على وجه الخصوص والذى يبدو أنه يحدث مصاحبا للعلاج (Rachman and CUK , 1992 , Horowitz et al., 1979) وتظهر المناقشة التالية لاضطرابات القلق المختلفة ما الذى يمكن أن يكون عمليا ، وسيبين الفصل التالى أن تحديد اهتمامات كل مريض هو صلب العلاج المعرفى الناجح .

الفحص الأولى للمخاوف

البيانات النفسية الفسيولوجية

كانت البيانات النفسية الفسيولوجية للتوصيل الجلدى (١) ، ومعدل ضربات القلب (٢) على وجه الخصوص من الأشياء المفضلة ؛ لأن مثل هذه المتغيرات يمكن تسجيلها بشكل مستمر للمفحوص فى المواقف ، التى قد يكون من الصعب الحصول فيها بكثرة على تقارير لفظية عن القلق . وقد أظهر التسجيل المستمر للنشاط الفسيولوجى وبالأخص التوصيل الجلدى ، تحت التنبيه المتكرر ، أن بعض العملاء القلقين والخوافيين يظهرون انخفاضاً قليلاً فى الإثارة (٣) (اعتياداً) ، والذى يلاحظ لدى أفراد المجموعات الضابطة (Lader and Wing , 1976 ; Lader , 1967) واستخدم الانخفاض فى معدل ضربات القلب لبيان التأثيرات الناجحة عن علاج المخاوف ؛ الأمر الذى كان مؤثراً فى بداية تطور العلاج السلوكى (انظر أمثلة لذلك : Lader and Mathews , 1989 ; Watson et al., 1972) . وهناك مؤشرات أكلينيكية أخرى لأستخدام الفحص النفسى الفسيولوجى ؛ فمن الممكن أن يكون العملاء ممن لاتُظهر استجاباتهم الفسيولوجية للمواقف المثيرة للخوف تغيراً جوهرياً مع العلاج ، هم الاكثر احتمالا للانتكاس حتى إذا كانت تقاريرهم عن الكدر والتجنب تبين تحسنا (e. g Barlow et al., 1980 , Crask and Rachman , 1987) ، ويمكن للمعدل السريع لضربات القلب قبل الأختبار السلوكى السابق مباشرة للعلاج أن ينبئ بعودة الخوف بعد علاج ناجح . والمعدل المرتفع لضربات القلب أثناء الاختبار السلوكى بعد العلاج يمكن أيضاً أن يكون منبئاً بالأنتكاس . ومع ذلك ففى الممارسة الأكلينيكية وحيث يختبر فرد واحد سيكون من الصعب معرفة أى مستوى من ضربات القلب قبل أو بعد العلاج يمكن أن يتنبأ بثبات . ويُنصح بتوخى الحذر من إعتبار أن الفشل فى إظهار أى انخفاض فى معدل ضربات القلب مع العلاج يعد منبئاً ممكنا للانتكاس، حتى إذا قرر المفحوص أن لديه قليلاً من الخوف أو التجنب عند اكتمال العلاج .

ويمكن النصح بتسجيل البيانات الفسيولوجية ، عندما يكون المفحوص غير قادر على تحديد مقدار خوفه ، وعندئذ قد يوفر تسجيل معدل ضربات القلب وغيره من المتغيرات الأخرى ، مثل : التوصيل الجلدى تصويراً أكثر صحة لمقدار ما يشعر به المفحوص من خوف تحت ظروف التوتر .

---

(1) Skin Conductance
(2) Heart rate
(3) Arousal

وعلى الرغم من ذلك ، ولسوء الحظ ، فإن الارتباطات بين الكثير من المتغيرات الفسيولوجية المستخدمة لهذا الغرض تبين منذ فترة طويلة أنها منخفضة ومتباينة ، ومن المؤكد أيضاً أنها ليست ارتباطات بسيطة (Duffy , 1962) . يضاف إلى ذلك أن العلاقة بين تعبير العميل عن الخوف ، واتخاذ سلوك التجنب ، والنشاط الفسيولوجى يمكن أيضاً أن تكون منخفضة هى الأخرى (Andrasik , et al., 1980 ; Hodgson and Rachman , 1974) ، ولهذا فقد اقُترح أن تمثل هذه المجالات الثلاثة للقياس جميعها فى الفحص الأكلينيكى للأشخاص الخوافيين (Lang , 1979) ، وعلى الرغم من ذلك فقد أدى هذا المنحى لجعل مصادر المعلومات المختلفة صعبة التفسير (Kozak and Miller , 1982) وذلك على الرغم من محاولات كثيرة جرت لتحديد كيف يتعلق النشاط الفسيولوجى بالمتغيرات الأخرى المهمة فى الخوف ، وحتى الآن لم تتقرر قيمة جمع بيانات فسيولوجية بشكل روتينى فى العمل الأكلينيكى . يضاف إلى ذلك أن تسجيل بيانات فسيولوجية غير زائفة من الأمور الصعبة والمكلفة فى الممارسة الأكلينيكية (Martin and Venables , 1980 ; Ray and Kmmel , 1979) ؛ فمعدل ضربات القلب يتعين تسجيله فقط عندما يكون المفحوص فى راحة لمدة ١٥ دقيقة على الأقل ، وحتى فى هذه الحالة يتعين أن يتم التسجيل بأقل حركة ممكنة من المفحوص ، قبل أن يخضع لمهمة سلوكية سبق وصفها له (انظر على سبيل المثال Craske and Rachman , 1987) .

وقد يُظهر معدل ضربات القلب ، تحت ظروف معينة تباطئاً لا تسارعاً استجابة للتنبيه . وقد اعْتُبر الاتجاه الذى يكون فيه انتباه المفحوص من المسلمات فى هذا الأمر (Lacey and Lacey , 1980)، وبالتالى يصعب استخدام معدل ضربات القلب لتقدير الارجاع القصير للمنبهات المتمايزة ، وربما يكون من الأفضل ملاحظتها على امتداد فترة زمنية مثل عشرة دقائق مثلاً ثم يسجل المستوى المتوسط .

وقد ذكر لانج Lang (1979) أنه عند تسجيل معدل ضربات القلب قدتوجد زيادة فيه لدى بعض الأفراد الخوافيين ؛ نتيجة لتخيلهم مواجهة موقف علاج الأسنان مثلا وهو الموقف الذى يرعبهم ، لكن عندما يتخيلون فقط هروبهم منه ، ومع ذلك فليست كل المخاوف واضحة بهذه الطريقة ، فمرضى خواف الأماكن المفتوحة سيظهرون زيادة قليلة فى معدل ضربات القلب ، عندما يتخيلون وقوفهم فى صف فى مركز تسوق ، ويسقطون سلة مشترواتهم ويهربون خارجين من المركز ، وحتى بعد التدريب على تشجيع الانتباه التخيلى لمثل هذه الأحداث .(cf . Zander and Mc Nally , 1988) ، وتعتقد فوا وكوذاك Foa and Kozak (1988) أن المفحوصين فى حاجة لأن يكونوا مدركين أثناء مواقف اثارة الخوف لكل ما يليها حتى يظهروا الإثارة الفسيولوجية ؛ أى معنى الخبرة (مثال ذلك : قد أموت ، أشعر بالمرض) ، والاستجابه الجوهرية (بمعنى : أشعر بالأغماء ، أشعر أننى لا أستطيع التنفس) والمنبهات الجوهرية (بمعنى : كل الناس تنظر إلىّ) ويحتمل أن تكون مثل هذه المتعلقات الواضحة بزيادة ضربات القلب ضرورية للحصول على نتيجة ناجحة من العلاج (Foa and Kozak , 1986)

على الرغم من أن الدليل على ذلك ضعيف (Marks , 1987) توجد محاولات يذكر منها ما قام به اوست وزملاؤه Ost and Colleagues (e. g. Ost et al., 1984) لتحديد خصائص الأشخاص الخوافيين، وما إذا كانوا من أصحاب الاستجابة الفسيولوجية أو أصحاب الاستجابة النفسية للمواقف المثيرة للخوف، حيث يتسم الأولون بأنهم يستجيبون بزيادة فى معدل ضربات القلب .. إلا أنهم يستطيعون إكمال الاختبارات السلوكية مثل السير فى طريق مزدحم فى مدينة ، أما الاخيرون فغير قادرين على القيام برحلة بعيدة بطول الشارع ، ولكنهم لا يستجيبوا بزيادة مماثلة فى معدل ضربات القلب للمسافة التى يسيرونها .

ومع ذلك فمن غير الواضح إذا ما كان لذلك ثبات إعادة اختبار أم لا . ويقع بعض الأفراد فى الفئتين ، وقد لا يكون من الأمور المثيرة للدهشة أن يكون التسجيل الفسيولوجى مجرد موضة فى الممارسة الأكلينيكية ، والاهتمام الأكبر منصب الان على سلوك المفحوصين وتقارير الخوف والتجنب الذاتية . وحتى بالنسبة للملاحظة المستمرة لمستويات التكدر لدى العملاء ، قد تكون التقارير الذاتية مناسبة ، وقدأشار لاند (شكل ١ – ٨ ص٢٠٦, Land 1982) إلى أن مثل هذه التغيرات تحدث من دقيقة لأخرى فى تقارير العملاء أثناء جلسات الإغراق .

تقارير المرضى عن الخوف ومعلومات اخرى

يجب وضع الأمور الآتية فى الاعتبار عند فحص معظم المخاوف ، ويمكن الحصول على كل هذه المعلومات فى مقابلة العميل ، أو عندما يُسأل العميل أن يتخيل وجوده فى موقف معين ، أو أثناء تجربة (بروفة) للعب الأدوار فى مثل هذا الموقف ، أو أثناء موقف اختبار حى لمخاوفه ، وسيكون من المناسب بقدر أكبر وصف كيفية جمع هذه البيانات ، عند وصف موقف الاختبار السلوكى (انظر ص ١٧٩) . ويجب على الأخصائى الأكلينيكى على امتداد المناقشة التالية أن يميز بعناية بين ما يعبر عنه العميل باعتباره سيحدث ، وبين ما يذكر أنه حدث بالفعل ، أو ما يحدث له فى الموقف الذى يدركه . مثال ذلك مريض بخواف الأماكن المفتوحة قد يتوقع أن يسقط على الأرض أو يفقد الوعى وسط الناس نتيجة لنوبات الدوار ، ولكنه قد لا يكون قد مر بهذه الخبرة على الإطلاق أثناء نوبة هلع . وقد تختلف الأهداف والإجراءات العلاجية بشكل جوهرى ، طبقًا لما إذا كان العميل يتوقع فقط أن يعانى من الانهيار ، أو عانى بالفعل من الانهيار وسط الناس .

ويحتمل أن يكون من الممكن تحديد المواقف والمنبهات ، التى يتوقع العميل أن تسبب له الكدر ، أو أنها سببت له بالفعل القدر الأكبر من الكدر ، وبالتالى يكون جوهرياً بالنسبة للمريض الخوافى تحديد المتاجر الكبرى والشوارع والأماكن الأخرى التى ترتبط بخوفه وتوتره الحاد ، أو ببعض الانفعالات السلبية القوية لديه . وقد تكون أكثر الخبرات إثارة لكدر العميل الذى يرعبه الرعد أن يكون فى عربة سفر معسكراً فى حقل أثناء وقوع عاصفه . وسيكون من الأمور البناءة على وجه الخصوص تحديد المواقف ذات الاحتمالية القوية ؛ لأن يواجهها خلال أنشطته اليومية .

وقد تكون بعض خصائص هذه المواقف مهمة ، مثال ذلك مدى بعدها عن مسكنه ، وجود أو غياب صديق موضع ثقته ، ضوضاء المرور ، الإضاءة الشديدة ، واستجابات الناس الآخرين لتكدر العميل وبالأخص الغرباء عنه . مثال ذلك هل حدث للعميل الذى يخاف من العثة (١) وامتنع لذلك عن الخروج مع الأسرة فى نهاية الأسبوع ، أن أغاظه أحد عند تحذيره من وجود عثه ، وان ذلك جعله متضايقاً وحزيناً بصفة خاصة .

وعدم وجود أبواب خروج بالقرب من المرضى الخوافيين من الأماكن المفتوحة أو التزامهم بالجلوس على مقعد الحلاق ، أو حصارهم واقفين فى صف ، يمكن أن يضخم من كدرهم . وبالتالى فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يحدد أى خصائص الموقف هى الأكثر إثارة للضيق ، وقد يكون من الضرورى أن يتم هذا التحديد بتعبيرات أكثر دقة ؛ مما يحدث خلال جلسة المقابلة الأولى .

---

(1) Moths

ما الذي خبره العميل أو توقع أن يعانيه في المواقف، التي يمكن أن تكون مصدر خوفه ؟

ما الذى شعر به العميل أو توقع أن يشعر به : مرعوبا ، متوعكا ، متوترا ، متحيرا ؟ هل كانت هناك أحساسات بدنية سائده مثل وجود دوار أو رعشة أو إحساس بالسخونة والبرودة ، وصعوبة التنفس، أو أحساسات غريبة فى المعدة ؟ وقد تكون الخبرات المكثفة اعراضاً لنوبة هلع (جدول ١ – ٧) ، ويمكن أن تحدث مع أغلب المخاوف (Barlow et al., 1985) .

ما الذى ذكر العميل فى تقريره أنه قام بتجنبه ؟ هل ركب العميل سيارة أجرة للعودة إلى منزله بدلاً من استكمال تسوقه ، أو جلس فى مقهى ؟ وقد تظهر بعض أشكال التجنب الأخرى الأقل وضوحاً مثل عدم النظر إلى اكثر جوانب الموقف المثير للكدر ، فقد ينظر خوافى الأماكن المفتوحة إلى رصيف الشارع بدلا من النظر إلى زحام المرور ، ويبتكر البعض الأخر منهم طريقة أخرى لعمل مشتت يقوم به للحصول على التأثير نفسه .

وقد يمنع العملاء الذين يخافون من العواصف الرعدية أفراد اسرتهم من الخروج فى نزهة فى آخر الأسبوع ، أو قد لا يخاطرون بالخروج دون أن يكونوا قد استمعوا لنشرة الأرصاد الجوية .

والعملاء ذوى المخاوف الطبية أو مخاوف الأسنان قد يؤخرون السعى للحصول على الخدمة الطبية أو خدمة طبيب الأسنان . وقد يخفى العملاء ذوى المخاوف الاجتماعية أنفسهم خلف الصحف ، عندما يكونون فى مكان عام ؛ ليتجنبوا الانخراط مع أحد فى حديث مما يجرى بين الناس فى الأماكن العامة .

ما الذي يفعله المفحوص أيضاً نتيجة لتوقع الأسوأ ؟

إنه يبحث عن تأكيدات متكررة من الأسرة والأصدقاء والأطباء ؟ يبحث عن كتب ومقالات صحفية تتناول الأمراض ، مثل أمراض القلب والعدوى بفيروس الإيدز (١) . وهناك امرأة يعرفها المؤلف ، تخشى أن تكون قد تعرضت لالتقاط عدوى الإيدز (٢) وأنها قد تكون نقلتها إلى زوجها ، وهى تتصل به تليفونيا أثناء وجوده فى العمل عدة مرات فى اليوم لتسأله عن ما إذا كان سعاله المتكرر (والذى تعتقد انه دليل على سقوطه تحت وطأة الإيدز) أصبح أفضل أم لا . ويقوم مرضى آخرون بشرب الكحول – على سبيل المثال – قبل قيامهم بعمل يسبب لهم الخوف مثل التسوق .

هل هناك ضعف في المهارات ؟

هل يجف لعاب العميل أثناء تحدثه وسط الناس ، أو هل يتردد فى حديثه أو يتهته ؟ هل تعانى امرأة لديها خواف الأماكن المفتوحة من صعوبة فى عد نقودها ، أو تذكر قائمة مشترواتها ، عندما تكون فى متجر مزدحم ؟ وقد ينسى العملاء أصحاب القلق الاجتماعى ما الذى كانوا يريدون قوله ، وقد ينسون حتى كيف يقولونه، عندما يكونون وسط مجموعة من الناس . والكثير من العملاء الذين تدربوا على الاسترخاء فى البيت ، قد يغمرهم التوتر ، وبالتالى يصبحون غير قادرين على استخدام هذه المهارة، عندما تكون الحاجة إليها كبيرة .

---

(1) Hiv
(2) Aids

ما المعتقدات والتوقعات التي يذكرها العميل في تقريره حول خوفه ؟

هل تفكر المرأة التى تخاف من الأماكن المفتوحة من أن الإحساسات البدنية التى تشعر بها تعنى أنها ستصاب بذبحة صدرية ؟ هل يعتقد الأشخاص ممن لديهم قلق اجتماعى أن الآخرين سيفكرون أنهم أغبياء إذ قالوا أى شىء عادى أو تافه ؟ هل يعتقد من يخاف علاج الأسنان أن أطباء الأسنان دائمًا ما يقوموا بخلع الأسنان عندما يواجههم المريض ؟ هناك سؤال جوهرى هو الآتى : ما الذى يعتقد العميل أنه سيحدث ، أو ما هو أسوأ ما يعتقد أنه سيحدث ؟ بعض النساء ممن لديهن اضطرابات الهلع يعتقدن أن نوبات الهلع غالبًا ما تأتى قبل الدورة الشهرية مباشرة (Cook et al., 1990) .

ولم تؤيد اليوميات المسجلة لنوبات الهلع وبداية ونهاية الدورة الشهرية ما تقوله العميلات (المرجع السابق) .

والمعاناة من الكدر بالنسبة للكثير من الأفراد ، تصحبها درجات مختلفة من عدم التأكد من النتائج ، وقد يكون الشعور بعدم التأكد فى بعض المخاوف أو نقص القدرة على السيطرة على الأحداث هو الذى يؤدى إلى القدر الأكبر من الأسى (Miller , 1979 ; Thompson , 1980) . وقد يكون من المفيد أيضاً اكتشاف الطريقة التى سيفكر العميل فى السلوك بها وهو تحت هذا التوتر ؛ أى كيف سيفكر فى أنه سيكون قادراً على السلوك الذى تم تجنبه (انظر Cone , 1979) . وقد بين بعض المؤلفين أن مثل هذه التقييمات للكفاءة الشخصية منبئات جيدة لسلوك العميل التجنبى . غير أن تقريراً واحداً ذكر أن مثل هذا التنبوء يمكن الحصول عليه بالقدر نفسه من الجودة من توقعات العميل حول مقدار ما سيشعر به من قلق ، عندما يكون فى الموقف الذى تم تجنبه (Kirch et al., 1983) .

ما المواد التي يتعاطاها العميل ؟

الكثير من المواد يمكن أن يؤدى إلى تفاقم القلق ، ويساعد على بداية نوبة الهلع ، وتتضمن هذه المواد الكحول (Cox et al., 1990) والكافيين فى المشروبات الخفيفة مثل الكولا والبيبسى والـ IRN - Bru والقهوة والشاى (Charney et al., 1985) والقنب والكوكائين والعقاقير الأخرى المحظورة مثل اللورزيام Lorozepam والديزبام diazepam (Peturss and Lader , 1984) ، وبعض مضادات الاكتئاب مثل السيروكسات Seroxat ، وبعض العقاقير الأخرى مثل السلوبتامول Salbutamol الذى يستخدم لعلاج الربو (British Medical Association , 1993) ومما يدعو للسخرية أن الكثير من هذه المواد يستخدمها العميل ، وهو يعتقد أنها ستساعده فى التغلب على القلق . ويذكر أحد التقديرات أن ٢٠ فى المئة من الناس ممن لديهم اضطرابات قلق يتعاطون الكحول بإفراط (المرجع السابق ، Cox et al.) ، وهناك أيضاً سؤال آخر ، هل يأكل العميل كفاية من الطعام ؟ ومن خبرة الباحث يلاحظ أن استهلاك قدر قليل من الطعام يمكن أن يرتبط بنوبات الهلع والزيادة المفاجئة فى القلق ، ويحدث ذلك على وجه الخصوص ، إذا ترافق مع تعاطى المواد المثيرة للقلق (1) مثل القهوة السوداء . وقد يحدث ذلك عند أولئك المنشغلين بزيادة وزنهم ، وبالتالى لا يتعاطون فى إفطارهم إلا القهوة .

(1) Axiogenic

الفحص الطبي

هـناك العـديد من الأمراض التى يسود القلق فى وجودها مثل نقص السكر لدى مرضى السكر، وقلة كمية الطعام المستهلكه وأسباب أخرى ، والتوتر المفرط والتسمم بالكافيين ، وزملة الدوار (١) والنشاط الزائد للغدة الدرقية ، وخمول الغدة تحت الدرقية ، وزملة كشنج (٢) (التى ترجع لزيادة دورة الكورتيزول) (٣) وورم الغدد القاعدى ، الذى يرجع إلى الاورام فى الغدد الأدرينالية ، والذى يستثير إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين ، وارتخاء الصمام المترالى ، وأمراض الشيخوخة الناتجة عن العدوى (Marks , 1987) ، وتؤيد هذه الملاحظات ضروره الفحص الطبى لكل الحالات ؛ حيث القلق ومتعلقاته الجسمية واضح .

مقاييس التقدير الذاتى

المقاييس أحادية البند

تتوفر مقاييس أحادية البند لتسجيل خبرة العميل فى الخوف والقلق ، وهى تحدد أربع نقاط أو أكثر على امتداد متصل وحتى ١٠٠ نقطة . وعليها توصيفات لنقاط ارتكاز فى الوسط والنهاية (انظر الفصل الأول) وتختلف هذه التوصيفات اختلافات جوهرية بين المقاييس المختلفة . ففى بعض المقاييس توجد نقاط تنفى خبرة الخوف والارجاع الفسيولوجية ، أو الخوف وبعض المتغيرات الأخرى مثل التجنب أو الصعوبات التى يتسبب فيها الخوف . وقد ابتكر جيلدر وماركس Gelder and Marks (1966) مقياساً يعبر فيه الصفر عن : « لا وجود لمشاعر عدم الراحة عند مواجهة موضوعات مخيفة » . بينما تشير الدرجة ٥ إلى «نوبة هلع مرعبة ، عندما لا يكون التجنب ممكناً » . وهناك مقاييس أخرى تستخدم لوصف أعراض التعرق ، وخفقان القلب ، وانقطاع التنفس ، وهى أيضاً مقاييس ذات أبعاد من ست نقاط « للشدة – التكرار » . وقد وضعت مقاييس أخرى فى هذه الدراسة ، أعدها المعالج والمرضى وأحد المتخصصين المستقلين فى القياس . وتراوحت معاملات الارتباط بين المقدرين بين ٦٩, ٠ وحتى ٨٢, ٠ إلا أن بعض المؤلفين لم يجدوا لسوء الحظ ارتباطات جوهرية مماثلة (مثال ذلك Solyom et al., 1973) بين المصادر المختلفة للقياس بهذه المقاييس .

وقد صمم ماركس وماثيوز Marks and Mathews (1979) بطارية واسعة الأستخدام ، تتضمن سؤال العميل أن يقدر احتمال تجنب سبعة عشر موقفاً بما فيها مخاوف العميل نفسها ، وذلك على مقياس من ٩ نقاط . كما تم تكميم بعض الخصائص كالطبيعة المُشكلة (٤) لستة أعراض مثل « الشعور بالتوتر أو الذعر » أو « الأفكار الكئيبة التى ترد إلى ذهنك » على مقياس من ٩ نقاط . كما توصف أخيرا أعراض المخافة الأساسية لدى العميل على مقياس « للاضطراب – العجز » على مقياس من ٩ نقاط أيضا . وبينما قد يكون من المناسب لبعض العملاء استخدام مثل هذه المقاييس ، فقد يكون من المناسب بدرجة أكبر ابتكار مقاييس ، تناظر كل مخافة من مخاوف العميل ، كما يقدرها هو بنفسه (انظر الفصل الأول) .

---

(1) Ménière Syndrome
(2) Cushing Syndrome
(3) Cortisol
(4) Problematic nature

ولسوء الحظ ، فعندما يتم تقدير عرض واحد ، ولا يكون مرتبطاً ببعض الدلائل الكاشفة ، مثل: التجنب أو زيادة خفقان القلب ، فإن نقاط الارتكاز على المقياس تصبح أمراً صعباً . وتؤدى الارتباطات الضعيفة بين المتغيرات المختلفة للخوف والقلق ، والتى سبق الإشارة اليها إلى جعل هذا الأمر محتوما ، مثال ذلك نقطة الارتكاز « عصبى للغاية عند مواجهة الناس حتى أننى لا أستطيع أن أعرض خطة بحثى فى اجتماع » لا يمكن أن تكون صادقة بالنسبة للعملاء ، الذين قدموا بالفعل هذا العرض لخططهم ،على الرغم من قلقهم ، نتيجة لأن وظائفهم كانت ستتعرض للخطر . وعلى الرغم من أن المقاييس القطبية الفردية من نوع صفر = لا قلق ، إلى ١٠ = متطرف القلق ، يمكن أن تكون سريعة وسهلة التطبيق ، إلا أنها قد تكون حساسة لمصادر التحيز ، التى أشير اليها فى الفصل الأول بالنسبة لهذه المقاييس ، ذات نقاط الارتكاز الضعيفة . وأدى ثبات إعادة الاختبار المتغير لتقديرات هذه الأعراض ، والتى كان يعتقد أنها مستقرة فى مخاوف الأماكن المفتوحة (Michelson and Mavissakalian , 1983) إلى توجيه هؤلاء المؤلفين للنظر فى الخصائص السيكومترية لهذه القياسات بنظرة شك .

ويبدو ، لسوء الحظ ، أنه من الضرورى دائما تحديد التغيرات فى تكدر المفحوص على امتداد الفترات القصيرة ، مثال ذلك على امتداد جلسة علاج تبلغ ثلاثين دقيقة . وقد تكون مقاييس التقديرات الأحادية ،التى تطبق مرات متكررة هى الوسيلة الوحيدة لذلك(شكل ١ - ٨ ص ٢٠٦) كما يمكن استخدام بند أو أثنين من بطارية سبيلبرجر « حاله - وسمة القلق » (من الجزء الخاص بالحالة) Spielberger et al., 1983) وانظر القسم التالى) .

مقاييس التقدير الذاتى متعددة البنود

صممت الاستبارات (١) بهدف خفض الخطأ المعيارى للقياس ، من خلال الحصول على عينة من تقديرات العميل للخوف أو القلق عدة مرات فى موقف واحد (e . g . Spielberger et al., 1983). وتتضمن بعض المقاييس محاولة لزيادة صدق المضمون ، من خلال الحصول على عينه من خبرة المفحوص الجسمية بالإضافة إلى حصولها على البنية اللفظية للقلق (e . g . Husek and Alexander , 1963) وكلا هذين النوعين من المقاييس يمكن تطبيقهما على أى خوف ، وعلى القلق الهائم (٢) . وقد صممت بعض المقاييس للحصول على عينة من خبرة العميل عن أعراضه الجسمية فقط (Lay et al., 1974) .

وقد صمم الكثير من المقاييس لقياس شده مخاوف معينه ، مثل قلق الاختبار (٣) والخوف من الارتفاعات ، والثعابين ، والعناكب ، وطب الأسنان (Haynes and Wilson , 1979 , Corah , 1969) . ومع ذلك فأغلب هذه المقاييس درست على عينات صغيره تتكون أساساً من طلاب الجامعة فى الولايات المتحدة ، وبالتالى فإن تقديرات ثباتها وصدقها يجب تفسيرهما بقدر كبير من الحذر .

وهناك على وجه الخصوص عدد من المقاييس ، يمكن الاهتمام به بقدر أكبر من التفصيل ، وهى تستخدم لقياس القلق العابر (٤) دون اعتبار للسبب الذى أثار هذا القلق . بمعنى أن يطلب من المفحوص إكمال المقياس ؛ ليصف الحال الذى يكون عليه الآن ، وقد يكون ذلك أثناء اختبار سلوكى ، أو أثناء جلوسه فى العياده ، أو قبل انخراطه مباشرة فى خبرة مباغتة مثل إجراء جراحة صغيرة .

(1) Questionnaires
(2) Floating anxiety
(3) Test anxiety
(4) Transit anxiety

وغالبًا ما تستخدم لهذا الغرض بطارية حالة وسمة القلق (صورة الحالة) ، STAI (Spielberger et al., 1983) والتى تتضمن ٢٠ صفة ، جميعها مرادفة أو مناقضة « للقلق » ، ويقدر كل منها على مقياس من أربع نقاط : إطلاقا ، إلى حد ما ، بدرجة متوسطه ، كثيرا جدا ، وقد تم توثيق هذا المقياس على نطاق واسع (Smith and Lay , 1974 ; Buros , 1978) . وكان له صدق محك مرتفع على مفحوصين ،تحت مدى واسع من التوترات أثناء وقبل وبعد العلاج السلوكى ، كما كان له أيضا اتساق داخلى مرتفع (Spielberger et al., 1983)، وبالتالى يكون لبطارية حالة وسمة القلق من الناحية النظرية، خطأ معيارى منخفض للقياس . ومع ذلك فبعض المفحوصين يمكن ان يشعروا بالتهيج أو الانفعال من تقديم أوصاف مشابهة لما فى المقياس ، مثل : البنود « أشعر بالعصبية أو النرفزة » ، « أشعر بدرجة عالية من التوتر » أو « أشعر بالهدوء » ، أو أنا مسترخى » . ولا يثير الدهشة أن يجيب المفحوصين بطريقة متشابهة لمرادفات القلق ، ويجيبون إجابات متسقة عن النقائض ، إلا أن هناك تناظراً أقل بين الفئتين (Kendall et al., 1976) وحصل مؤلفو « بطارية حالة وسمة القلق » وأخرين . Knight et.al (1983) على معايير لمرضى سيكياتريين واشخاص اسوياء . ومره أخرى فإن نقاط ارتكاز مقياس لتقدير الذات تتراوح فيه الاجابة بين «اطلاقاً » وحتى « كثيرا جدا » تؤدى الى مقارنة عشوائية بين المفحوصين ، وبالتالى فإن بطارية «حالة وسمة القلق» يمكن التوصية بها لفحص التغيرات داخل المفحوصين فقط .

الاختبار السلوكى

كلما كان من الممكن ، يجب قياس قدرة المفحوص على تحمل تجنب المواقف حتى الآن ، وذلك قبل وأثناء وبعد العلاج ، وسيكون ذلك ممكنا بالنسبة لأغلب المخاوف ، ولكنه قد لا يكون متاحا بالنسبة للقلق العام (١) ، أو فى بعض المواقف مثل حالات العلاج الطبى أو العلاج الطارئ . وربما تكون أكثر قياسات التجنب بساطه فى مخاوف الحيوانات والحشرات ، هى أن يطلب من العميل أن يقترب نحو الكائن إلى أقرب نقطة ممكنة دون أن يشعر بالقلق . والمسافة المتبقية فى نهاية الأمر بين نقطة وقوف العميل والهدف هى مقياس لتجنب العميل (Lang and Lazovik , 1963) ، ومثل هذه المقاييس أحادية التباين للتجنب، دائما ما لا تكون عمليه أو واقعيه فى العمل الأكلينيكى . ومع ذلك فالأكثر شيوعاً هو التفكير فى سلسلة من المواقف ، التى يمكن تنظيمها فى تدرج بواسطة العميل على مقياس مركب ، يرتبط مباشرة بالشعور بالكدر الذى تستثيره . ومن ثم يصف العميل المواقف التى يتوقع فيها معاناة أكبر قدر من القلق . وقد يكون ذلك القدر هو الوقوف فى وسط صف طويل ، انتظاراً لدفع ثمن المشتروات فى مركز تجارى مزدحم وتملاءه الضوضاء وتحت إضاءة صناعية شديدة . وتحمل هذا الموقف ربما يكون الهدف النهائى من العلاج .

وموقف آخر مشابه مطلوب من هذا العميل ، قد يكون الوقوف فى صف فى موقف الحافلات . وقد يكون الأقل إثارة للقلق بدرجة خفيفه هو التوجه إلى الخزانه فى المركز التجارى ، دون الحاجة للانتظار. ويجب وصف موقف يخلو تماماً من معاناة القلق . وبالتالى ففى سلسلة من حوالى عشر مواقف يمكن تقديم تدرج يبدأ فيه العميل من الأقل إثارة لتوتره ، والذى يمكن أن يكون فى هذه الحالة بقاؤه فى البيت مع أسرته .

---

(1) Generalized anxiety.

وإحدى الممارسات المهمة فى الاختبار السلوكى ، تكمن فى تحديد أى من هذه المواقف يمكن للعميل معالجته ، دون معاناة شىء أكثر من مجرد عدم الشعور بالراحة مثلا . ويجب أن يقوم الأخصائى الاكلينيكى ، أو أى شخص آخر ، والذى قد يكون معاونه فى العلاج ، أو زوج العميلة ، أو زوجة العميل بملاحظة العميل فى هذه المواقف والاختبارات الحية (١) من هذا النوع ، والمرغوبة بدرجة كبيرة لأن جوانب تجنب كثيرة لأشكال سلوكية أخرى قد تكون واضحة دون أن يكون العميل قد وصفها فى المقابلة . وقد يتضمن ذلك عدم النظر لأعلى أو اللجوء لمرافق . بالإضافة إلى ذلك ، فعلى العميل توقع أن يكون قادراً على تحمل موقف ، فى الوقت الذى يكون فيه هذا الموقف مهدداً له فى الواقع بدرجة كبيرة ، ويحتمل أن يكون العميل قادراً على تقديم تقدير اكثر دقة لما يشعر به (مقياس تقديرات) ، أكثر مما يتوقع أن يفعل فى العيادة مثل أعلى بند يستطيع العميل تحمله ، والوقت الذى يستطيع العميل قضاءه فى موقف معين قد يكون مقياسا آخر «للاقتراب – التجنب» . كما أن المسافة التى يستطيع العميل قطعها سيرا فى شارع مزدحم ، قبل أن يستدير ، ويعود أدراجه يمكن أن تكون مقياسا آخر .

ويمكن أن تكون المواقف التى سبق وصفها مناسبة لبعض مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة . وقد وصف ماثيوز وزملاؤه (Mathews et al . (1981 : 202 - 5 بعض البنود الأخرى ، التى يمكن أن تكون ذات قيمة لمرضى خواف الأماكن المفتوحة .

ويتعين أن يصف العملاء ممن ترتبط مخاوفهم أساساً بمواجهة الناس والاتصال بهم بنوداً ، مثل: السير على امتداد شارع مزدحم ، عدم الوقوف بجانب أحد ، والنظر إلى العابرين بنظرة ثابتة ، أو شراء قطعة جبن ، وسؤال البائع إذا كنت تستطيع تذوقها أولاً (Emmelkamp , 1982) .

وقد يجد البعض من أمثال هؤلاء العملاء أنه من الصعب النظر من فوق حافة الصحيفة أو الكتاب عندما يكونون فى مواقف عامة مثال ذلك أثناء جلوسهم فى حافلة أو فى حجرة انتظار فى مستشفى . وقد وضع لندزى (Lindsay (1985 مجموعة من البنود لأصحاب مخاوف طب الأسنان والحقن .

ويجب تأكيد أن تحمل العميل لبند معين قد يتأثر فى الواقع بتعليمات المعالج أو بمطالب مشابهة من مصادر أخرى (Trudel , 1987) . ووفقا لمقدار الإقناع الذى يظهره المعالج للعملاء ، قد يظلون تحت وطأة مواقف مثيرة لكدر شديد لفترة غير محدودة غالبا (كما يفعلون فى العلاج بالغمر أو الإغراق انظر الفصل الثامن) . وبالتالى فإن التحمل السلوكى ليس مقياساً غير متحيز للخوف (Trudel , op . cit).

التقارير الذاتية لعينة من الخوف والقلق

يقترح هنا أن يقوم الأخصائى الأكلينيكى أثناء تقديره أو قياسه للخوف بتسجيل كل من خبرة العميل وتوقعاته للخوف . ويمكن توجه سؤالين للعميل ، عندما يكون فى طريقه لمواجهة موقف معين سواء تخيلى أو واقعى .

١ – ما مقدار قلق المفحوص الآن ؟ (يجيب المفحوص عن مقياس تقديرات) .

٢ – ما مقدار الكفاءة التى يتوقع المفحوص أن يتغلب بها على الموقف ؟ (يجيب المفحوص عن مقياس تقديرات) .

(1) Invivo.

ويتعين بالإضافة إلى ذلك ، بالنسبة لمخاوف معينة أن يسجل العميل أفكاره السلبية فى سجل يومى ، فى وقت تعرضه لأكبر قدر من الخوف .

وصف اضطرابات القلق العام

من الممكن تنظيم مقابلة شخصية محددة البنية ، تناظر محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل DSM III - R (De Nardo et al., 1985) ، وما يلى يحدد الخطوط العريضة لخصائص اضطرابات القلق الكبرى .

اضطـــراب الهـــلع

يبين شكل (١ – ٧) الاعراض التى ترتبط عادة بالهلع .(DSM III - R ; American Psychiatric. Association , 1987)

واضطراب الهلع وفق خصائصه فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل يتطلب معاناة أربعة أعراض على الأقل (جدول ١ – ٧) خلال نوبة فزع واحدة على الأقل ، يكون الهلع فيها غير متوقع ، ولم يستثار بواسطة سبب عضوى أو ظروف غير محدده . وعلى أن تحدث أربع نوبات هلع على الأقل ، خلال فترة أربعة أسابيع ، والبديل لذلك أن تحدث نوبة أو نوبتين يليهما شهر على الأقل ، يكون فيه المفحوص فى فزع من تكرارها . وأن تصل بعض النوبات إلى أقصى حد خلال عشر دقائق على الأقل . ويمكن تحديد هذه الخصائص فى استخبار نوبات الهلع المفاجئة (١) (PAQ ; Norton et al., 1985) والذى تم تحديثه ليناسب تماماً الدليل الثالث المعدل ، ويستجيب له المفحوصون بأنفسهم .

وقد صمم كلم وآخرون (1990) .Clum et.al استبارا يتضمن قائمة اعراض اضافية كثيرة يمكن معاناتها فى نوبات الهلع.

وأحد أكثر الفروض ذات التأثير ترى أن نوبات الهلع تحدث بسبب الشهيق التنفسى المفرط بما يزيد عن متطلبات عمليه الهدم والبناء (٢) ، ويترتب على ذلك إطلاق ثانى أوكسيد الكربون (٣) من الرئتين ، وينخفض مستوى ثانى أوكسيد الكربون فى الدم ، ولأن ثانى أوكسيد الكربون يعمل من خلال المستقبلات الكيميائية (٤) كمنبه للتنفس ، وعندما يصل لمستوى حرج (٥) ، يتوقف التنفس (٦) عن السماح لثانى أوكسيد الكربون بإعادة التزود من أيض (٧) الأوكسجين ، ويؤدى استنزاف ثانى أوكسيد الكربون الى تغيرات فى الجهاز العضلى ، وانقباض فى الاوعية الدموية للمخ والشرايين التاجية على وجه الخصوص . ويمكن استحداث هذه التغيرات فى المفحوصين الآدميين ، بواسطة شهيق إرادى متطرف العمق من خلال التنفس ثلاثين مرة أو أكثر فى الدقيقة ، ولمدة ثلاث دقائق أو أكثر ., Keele et al. (1982) وتأثيرات ذلك تتضمن الشعور بالدوار ، ووخز فى أصابع اليدين والقدمين ، والإغماء وتصبب العرق (Lindsay et al., 1991) وعجز معرفى (Ley , 1989) .

---

(1) Panic attack Questionnaire
(2) Metabolism
(3) Carbon Oxide (Co_2)
(4) Chemoreceptors
(5) Hypocapnia
(6) Apnoea
(7) Metabolism

جـدول (١ - ٧) : اعـراض الهـلع

١ - صعوبة فى التنفس

٢ - الاختناق .

٣ - خفقان القلب او شعور بتسارع ضربات القلب .

٤ - التعرق .

٥ - الشعور بالإغماء .

٦ - الشعور بالدوار ، والشعور بخفة الرأس أو عدم الاتزان .

٧ - الرغبة فى التقيؤ أو الشعور بعدم الراحة فى المعدة .

٨ - الشعور بعدم الواقعية .

٩ - الآم أو مشاعر أخرى بعدم الراحة فى الصدر .

١٠ - الخدر أو فقدان الإحساس أو إحساسات بالوخز .

١١ - إحساسات بالسخونة والبرودة .

١٢ - الأرتعاش او الارتجاف .

١٣ - خوف الشخص من كونه يموت .

١٤ - خوف الشخص من فقدان التحكم فى النفس ، وأن يصبح مجنونًا .

والتناظر بين الكثير من اعراض الهلع (جدول ١ - ٧) والإفراط فى الشهيق واضح ، وفى إحدى المرات استخدم الشهيق الإرادى المفرط فى « اختبار اثارة الافراط فى الشهيق » (١) لتحديد اذا ما كان الشهيق المفرط يزيد من نوبات الهلع لدى المرضى ، إذا عرفوا أن أعراض الإفراط الإرادى فى الشهيق الذى يحدث فى العيادة مشابه لأعراض نوبة الهلع . وقد تبين أن النقص فى فعاليه التنفس ، الذى يرجع إلى انخفاض ثانى اوكسيد الكربون فى الدم (٢) يزيد من الهلع ، ومع ذلك فإن الدراسات الحديثة (e . g . Hibberand and Pilsbury , 1989) اظهرت أن النقص فى فعالية التنفس ، نادراً ما يحدث خلال الهلع لدى الأفراد ، الذين يشخصون على أنهم ابتلوا باضطراب الهلع. يضاف إلى ذلك أن أداء المهام المعملية مثل العمل فى اختبار ستروب (٣) (Hornsveld et.al . 1990) ، يمكن أن يؤدى إلى أعراض مشابهة لتلك التى تحدث فى حاله نقص فعالية التنفس ، حتى فى غياب نقص فعالية التنفس لدى مرضى اضطراب الهلع ، كما أن اختبار اثارة الإفراط فى الشهيق » كان له ثبات إعادة اختبار متوسط القيمة (Lindsay et al., 1991) . وبالتالى فاختبار إثارة الأفراط فى الشهيق لا يمكن استخدامه الآن لتحديد أن الإفراط فى الشهيق يسهم فى نوبات الهلع عند المرضى . إلا أنه يمكن مع ذلك استخدامه أحياناً لإعادة انتاج خبرات مشابهه لتلك التى تحدث فى الهلع ، حتى دون هذا التناظر الشديد . ويعد هذا بمثابة إنذار مهم لبعض المرضى ، وبالتالى يمكن استخدامه باعتباره تمرينًا ايضاحياً فى العلاج (انظر الفصل الثامن) .

(1) Hyperventilation Provocation Test (HVPT)
(2) Hypocapnia
(3) Stroop Test
(4) Vasconstrictive

ومن المهم ملاحظة أنه نتيجة للتأثير الانقباضى للأوعية الدموية (١) الناتج عن الإفراط فى الشهيق يتعين أن لا يخضع مرضى شرايين القلب لاختبار إثارة الشهيق المفرط إذ أنه يؤدى لحدوث آلام الصدر الاختناقية (٢) للمفحوصين على سبيل المثال .

وقد استخدم عدد من الاختبارات الأخرى (اختبارات الاستثارة) لتنبيه أو حفز نوبات الهلع . ويتضمن ذلك استنشاق ثانى أوكسيد الكربون عالى التركيز (بنسبة ٣٥ فى المئة من الكتله الغازية) ، وتعاطى الكفايين ، وتخيلاً تجريبياً لنوبات الهلع .

العوامل المعرفية في الهلع

هناك عدد من الاختبارات النفسية ، يجدر بالذكر منها « مؤشر الحساسية للقلق » (٣) ، ASI (Reiss et al., 1986) « واستبار مخاوف الأماكن المفتوحة المعرفى » (٤) ، (ACQ , Chambless et al., 1984) ، واستبار العوامل المعرفية فى نوبات الهلع » (٥) (PACQ, Clum et al., 1990) يمكنها توفير عينه من الهموم أو الانشغالات (٦) ، التى يعتقد أنها تساعد على تطور الكدر ونوبات الهلع ، مثال ذلك أن الأفراد المستهدفين لنوبات الهلع هم الذين يحتمل أن يقرروا على « مؤشرات الحساسية للقلق » « يرعبنى أو يخيفنى أن أشعر أننى متوعك » (Reiss et al., 1986) ومرضى اضطراب الهلع والمخاوف الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مؤشر الحساسية للقلق ، أميل لأن يقرروا حدوث نوبات هلع متكرره (Marks , 1988) ، ومستويات عالية من الكدر خلال اختبار إثارة الأفراط فى الشهيق (HVPT) فى العياده ويميل المريض المستهدف لنوبات الاكتئاب ، لأن يذكر على استبار العوامل المعرفية فى نوبات الهلع (PACQ) أنه وقع تحت سيطرة فكرة أن آخر نوبة هلع يتعرض لها لن تنتهى ، وانه لن يكون قادراً على التنفس ، وينصح بتطبيق هذه الاستبارات مع تسجيل يعد خصيصاً للانشغالات ، يعطى للمريض وقت حدوث النوبه، ويؤدى ذلك لتحديد الهموم ذات الطبيعة الذاتية الحساسة مثل « أنا لست فى مكان قريب من مستشفى » .

الحساسية الفسيولوجية

يجدر بالذكر أن المرضى المعرضون لنوبات الهلع أميل لأن يصفوا بقدر كبير للغاية من الشدة الأعراض على « اختبار إثارة الإفراط فى الشهيق » خلال نوبات الهلع ، مقارنة بالمفحوصين غير المبتلين بالهلع، أو أولئك الذين لا يطلبون الحصول على مساعدة (e . g . Lindsay et al., 1991) وهذا المؤشر ومؤشرات أخرى (Clark et al., 1988) ، أوحت أن المرضى بإضطراب الهلع أكثر حساسية لتغيراتهم الفسيولوجية، . ومع ذلك فلم تؤيد الدلائل الحديثة ذلك . ومرضى اضطراب الهلع غير ماهرين فى الكشف عن ارجاع زائفة فى معدل ضربات القلب ، على وجه الخصوص (Asmundson et al., 1993) .

وعلى الرغم من ذلك فإن التدريبات المعيارية مثل صعود السلالم ، والذى يمكن أن يزيد من النشاط الفسيولوجى ، يمكن أن يكون بمثابة أساس مفيد للعلاج ، كما أن معدلات القلق تحت مثل هذا الاختبار يمكن استخدامها لإظهار استجابات المرضى للعلاج (إنخفاض فى درجات مؤشر الحساسية للقلق) .

---

(1) Vasconstrictive
(2) Angina
(3) Anxiety Sensitivity Index (ASI)
(4) Agoraphobia Cognitions Questionnaire (ACQ)
(5) Panic Attack Cognitions Questionnaire (PACQ)
(6)Worries

مخاوف الاماكن المفتوحة

دائما ما يقاسى أولئك الذين يعانون من مخاوف الأماكن المفتوحة ، والخوف أو تجنب أن يكونوا بمفردهم فى الأماكن العامة (DSM III- R , American Psychological Association , 1987) من إحساسات بدنية دائمة ، مثل مرضى اضطراب الهلع كالتوتر والإحساس بعدم الوضوح وعدم الواقعية والارتجاف ، وجفاف الحلق (Arrindell , 1980). وقد تتزايد هذه الأعراض من حيث الشدة ، وبإضافة اعراض أخرى مثل آلام الصدر ، يمكن أن تصبح فجأة نوبة هلع (انظر ما سبق) . وقد عزا الكثير من المؤلفين (e . g . Emmelkamp , 1982) هذا للإفراط فى الشهيق وقد سبق مناقشة الاقتران بين الإفراط فى الشهيق ومخافة الأماكن المفتوحة ، ومع ذلك وعلى أساس من الملاحظة الأكلينيكية ، كان من النادر ظهور أن أصحاب خوف الأماكن المفتوحة يفرطون فى الشهيق (Mathews et al., 1981) . ومع ذلك فإن نوبات الهلع شائعة لدى أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة ، رغم أنها غير قاصرة عليهم (Barlow et al., 1985 ;Wittchen , 1986) والأكثر من ذلك أن الكثيرين من مرضى خواف الأماكن المفتوحة يصفون بداية صعوباتهم بطريقة مشابهة لظهور نوبات الهلع (Franklin , 1987) ؛ حيث يسعون وقتها لتقليصها بتجنب الأماكن ، التى يعتقدون أنها غير آمنة مثل المراكز التجارية ، أو أى مكان اخر خارج المنزل .

وقد بينت الدراسات التى قامت بتحليل عاملى لمسوح المخاوف أن المخاوف الأخرى ، وعلى وجه الخصوص مخاوف الأماكن المحاطة بأسوار وتجمعات الناس ، ترتبط أيضا وبشكل عام بمخاوف الأماكن المفتوحة (e. g. Hamann and Mavissakalian , 1988) ويمكن أن تكون الحياة فى المدن الكبيرة بالنسبة للكثيرين من أصحاب مخاوف الاماكن المفتوحة ، ووجودهم فى قطار أنفاق متوقف بين محطتين من أكثر الخبرات المرعبة ، وبالنسبة للكثيرين من هؤلاء المرضى .. فإن الارتباك الذى يسببه شعورهم بأن الناس تلاحظهم أثناء هلعهم يعد مرهقاً لهم .

وقد انتقد هالام Hallam (1978) مفهوم مخافة الأماكن المفتوحة ، مقترحاً النظر إليه باعتباره جانباً من جوانب القلق العام المنتشر. غير أن ذلك قد لا يكون مناسباً فى الغالب ؛ نتيجة لأن متابعة ما بعد العلاج لمخاوف الاماكن المفتوحة (Munby and Johnston , 1980) . لم يؤد الى تغير تصنيف هؤلاء المرضى لفئة القلق العام . ومع ذلك فهذه الدراسات لم تلق الضوء على هؤلاء الذين كانت لديهم صعوبات مقاومة للعلاج ، وممن يتعين بالتالى أن يوجد سبب لإعادة تحديد مشكلاتهم . وتلفت انتقادات هالام الأحدث (Hallam , 1983) الإنتباه للتشخيص الأكثر استخداماً لمخاوف الأماكن المفتوحة لدى النساء . وربما يرجع ذلك إلى استعداد أكبر للسماح للنساء بالبقاء فى البيت ، استجابة للكدر النفسى بينما يشجع الرجال على التصرف بطرق أخرى ، مثل إدمان الكحول ، وقد دافع مؤلفون آخرون – منهم جولد شتين وشامبليس Goldstein and Chambless (1978) على وجه الخصوص – عن أن مخافة الأماكن المفتوحة واضحة فى الأغلب لدى النساء ، وهى تظهر استجابة للتوتر التفاعلى ، ولدى الأشخاص الاعتماديين ممن لديهم توكيدية محدودة . ويحتمل أن تكون هناك دلائل قليلة تدعم عمومية هذه الوجهه من النظر ، فيما عدا ملاحظة أن الإناث ممن لديهن مخاوف أماكن مفتوحة ، يستجبن بطريقة أقل جوده للعلاج، عندما توجد صعوبات فى حياتهن الزوجية (Blend and Hallam , 1981) ، وبالتالى لايثير الدهشة ملاحظة أن

التدريب التوكيدى وحده ليس فعالاً مثل استخدام التعرض [١] (Emmelkamp, et al., 1983) فى علاج التجنب فى حالات مخاوف الأماكن المفتوحة ، وتظهر مشكلات أخرى مع مخاوف الأماكن المفتوحة منها على وجه الخصوص الاكتئاب والقلق العام ، وعدم الإحساس بالهوية وفقدان طاقة الحب [٢] (Buglass et al., 1977) وبالتالى على المرضى أن يعوا كل تباينات وتنوعات الاضطرابات غير الذهانية وصعوبات التفاعل التى يغلب وجودها .

ويرى ماركس Marks (1981) أنه يتعين تمييز مخافة الوقوع خارج البيت والتى تظهر لدى المرضى ممن تكون أعمارهم ٥٥ عامًا فى المتوسط ، أى أكبر من أعمار مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة عن هذه الاخيرة . ويعتقد ماركس أن الحدوث المرتفع التكرار للعديد من الأعراض البدنية ، مثل : طنين الأذنين والتوتر المفرط فى مثل هذه الحالات يشير الى وجود اضطرابات فى ميكانيزمات الداخل البصرية، وهى الحالة التى يطلق عليها اسم المخافة المكانية [٣] .

وعلى الرغم من ذلك .. فإن فصل هذه المخافة عن مخاوف الأماكن المفتوحة مازال موضوعا للتساؤل (Gelder , 1982) ، وقد وجه بعض المؤلفون الآخرون الانتباه لوجود ارتخاء فى الصمام المترالى[٤] لدى الإناث ممن لديهن مخاوف اماكن مفتوحة ، ممن ذكرن أنهن تعرضن لخبرة خفقان القلب ، وقد لاحظ هؤلاء المؤلفون هذه الحالة فى ١١ فقط من بين ٢٥ حالة . غير انه يبدو أن هناك احتمالاً لشيوعها بين النساء . ولا توجد حتى الآن دلائل توحى أن مثل هذه الحالات يمكن أن تتلقى علاجًا مختلفًا عن ذلك، الذى يوصى به لحالات مخاوف الأماكن المفتوحة بصفة عامة ، ويتعين أن تتلقى كل الإحالات من هذا النوع فحصًا طبيًا.

جدول (٢ - ٧) : ملخص تقييم اضطراب الهلع

١ - استخدام مفكره : تسجيل يومى لحدوث / أو عدم حدوث الهلع ، وتقدير درجة شدته (على مقياس من ١ - ١٠) وفترة دوامه ، تسجيل وقت حدوثه خلال اليوم كذلك والظروف والنتائج المترتبة على حدوثه.

٢ - قبل بدء العلاج ، ولوصف وتشخيص اضطراب الهلع (راجع الدليل التشخيصى الثالث المعدل) ، واستخدم استبار نوبات الهلع [٥] إذا كان ذلك ضرورياً (PAQ, Norton et al., 1985) .

٣ - لتقييم التأثيرات على الهلع قبل وبعد العلاج : استخدم مؤشر الحساسية للقلق [٦] (ASI , Reiss et al., 1986) واستبار العوامل المعرفية فى الهلع [٧] (PSQ , Clum et al., 1990) .

٤ - استخدم قبل وبعد العلاج استبار أعراض الهلع [٨] (PSQ , Clum et al., 1990) .

٥ - استخدم اختبار الاستثارة [٩] قبل وبعد العلاج لإعادة انتاج الأعراض المشابهة لتلك الموجوده فى الهلع مثل الإفراط فى التنفس (٣٠ مره تنفس أو أكثر فى الدقيقة لمدة ثلاث دقائق) ، أو اختبار للتمرينات .

٦ - ضع سجل مخصص لتسجيل الأداء المعرفى وظروفه وتحديات المريض لعينات من الهلع .

(1) Exposure
(2) Libido
(3) Space phobia
(4)Mitral valve
(5) Panic Attack Questionnaire (PAQ)
(6) Anxiety Sensitivity Index (ASI)
(7) Panic Attack Cognitions Questionnaire (PACQ)
(8) Panic Symptoms Questionnaire
(9) Provocation test.

وقد أدت النظريات المعرفية للهلع إلى دراسات فى المعرفة لدى أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة، وقد أظهر مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة مقارنة مع أفراد لديهم مخاوف نوعية مثل مخاوف العناكب (Marks , 1980) ، درجة أعلى من الخوف من الأعراض الشائعة فى مخاوف الأماكن المفتوحة مثل انقطاع التنفس والشعور بالإغماء ، كما ظهر على مقياس مؤشر الحساسية للقلق ASI , Reiss et al.,) (1986 . وعلى الرغم من ذلك فإن مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة لا يعتقدون أن هذه الأعراض أكثر تهديداً للصحة ، مما يعتقد الأشخاص الأسوياء (Ahmed et al., 1992) ، ويتنبأ مؤشر الحساسية للقلق (ASI) بظهور الهلع فى حالات مخاوف الأماكن المفتوحة (Marks , 1988)، والدرجة المرتفعة على مؤشر الحساسية للقلق تقترن بتكرار مرتفع للهلع ، وتنخفض درجات مؤشر الحساسية للقلق مع النجاح فى العلاج (Marks , Ibid) . وعلى الرغم من ذلك فلا مؤشر الحساسية للقلق ولا استبار العوامل المعرفية فى مخاوف الأماكن المفتوحة . (ASQ , Chambless et al., 1984) يمكنهما أن يحددا المخاوف الذاتية أو المحتوى المعرفى فى مخاوف الأماكن المفتوحة ، مثال ذلك كان مريض لمخاوف الأماكن المفتوحة يعرفه المؤلف يخاف من الوقوف على ألواح الأرضية غير الثابتة ؛ لأنها تجعل ركبه غير ثابتة ، وتذكره بأعراض فى نوبات الهلع . وبالنسبة له يعد الوقوف منفرج الساقين على وصلة دعامتي جسر برج لندن أمر لايحتمل بصفه خاصة ، لأن كل منهما يهتز باستقلال عن الأخرى بمرور السيارات فوقهما . كما يمكن أن تكون مراوح الهواء الساخن فى المتاجر محفزاً مشابهاً لمخاوف مرضى آخرين .

المخاوف الفسيولوجية

قد يذكر المريض فى الكثير من المخاوف (انظر ما سبق) الإثارة الفسيولوجية ، التى يمكن أن تقترن بخبرة الخوف ، وقد لا تكون الارجاع الفسيولوجية بارزة أو جلية فى بعض الحالات ، بحيث تكون هى الهدف الرئيسى الذى يسعى المريض لعلاجه ، مثلما يكون الأمر فى حالة الإغماء عند رؤية الدم ، أو الحقنة الطبية أو الجروح (Connolly et al., 1976) .

وهناك زيادة مؤقتة فى خفقان القلب ، واستجابة مقترنة بالخوف فى مواقف أخرى يتلوهما انخفاض حاد فى ضغط الدم الطرفى وإغماء (Speirs , 1983) . ومع ذلك فطبيعة الاقتران بين خبرة الخوف وهذه الارجاع الفسيولوجية محيرة ، حتى فى حالة الخوف من الدم والجروح أكثر مما تحير فى المخاوف الأخيره . ويصف المرضى فى بعض الحالات الأستثنائية كيف أنهم دائماً ما يتعرضون للإغماء عند حقنهم ، ولكنهم لا يشعرون بالخوف فى المقابل .

وعلى الرغم من ذلك لا يعد الإغماء استجابة شائعة فى اقترانها بالمخاوف من الحقن والتدخل الجراحى .

جدول (٣ – ٧) : ملخص تقييم مخافة الأماكن المفتوحة

١ – استخدام مفكرة لتسجيل الحدوث / عدم الحدوث اليومى للهلع . (تعريفه يتم بالاتفاق مع المريض) ، وتقدير شدته (على مقياس من ١ – ١٠) وفترة دوام كل نوبة ، ويسجل أيضا الوقت من النهار والظروف والنتائج المترتبة على حدوثه .

٢ – استخدام مفكرة : تسجيل يومى للأنشطة التى تمت ، والأماكن التى تمت زيارتها ، ومع من كانت الزيارة .

٣ – قم بتصنيف تفصيلى متدرج خلال جلسة المقابلة للمواقف المثيرة للخوف (مثال ذلك الأسوأ : التواجد منفردا فى مركز تجارى أثناء الزحام ، الابسط : الجلوس فى السيارة خارج المركز التجارى) .

٤ – استخدم مقياس مخاوف الأماكن المفتوحة (١) (AS ; OST , 1990) كمقياس لخوف المريض وتجنبه قبل وبعد العلاج .

٥ – استخدم كمؤشرات للتأثير على مخاوف الأماكن المفتوحة قبل وبعد العلاج : « مؤشر الحساسية للقلق» (ASI , Reiss et al., 1986) ، « استبار العوامل المعرفية فى مخاوف الأماكن المفتوحة » (ASQ , Chambless et al., 1984) .

٦ – استخدم الاختبار السلوكى قبل وبعد العلاج مثال ذلك الى أى مدى يستطيع المريض السير فى شارع ما فى فترة الظهيرة مثلا ، أو طول الفترة التى يستطيع قضاءها فى مركز تجارى خلال وقت معين، ولاحظ السلوك التجنبى مثل النظر إلى الارض .

٧ – سجل حالة القلق قبل وأثناء كل اختبار سلوكى (استخدم مقياساً رتبياً خصيصاً لذلك أو خذ بنوداً من بطارية سمه وحالة القلق (الصورة الخاصة بالحالة) (Spielberger , 1983) .

وكثيراً ما تكون الصعوبة الأساسية لدى المرضى ، وبالاخص فى حالة علاج الأسنان ، عبارة عن خوف حاد من معاناة الألم (Lindsay et al., 1993) وبالنسبة لهؤلاء فإن الاختبارات السلوكية مثل عرض السرنجة مع الحصول على تقديرات الخوف يكوِّن العناصر الأساسية فى التقدير أو القياس . ويمكن لتسجيل ضغط الدم فى البداية وأثناء العرض أن يقوم بدور تعليمى للمرضى ، الذين يفقدون وعيهم .

ويتوفر الآن الكثير من الادوات التى يستخدمها المريض بنفسه لقياس ضغط الدم . والأدوات الأكثر ثباتًا واستقرارا وإن كانت مرهقة هى تلك التى يصفها بندى Bundy (الفصل ٢٨) . وسيكون من المناسب استخدام تدرج من المنبهات المثيرة للخوف لتحديد مدى التقدم فى العلاج .

وهناك مخاوف أخرى تكون الارجاع الفسيولوجية جليه فيها ، فقد لا يستطيع المرضى الابتلاع ، أو يكونون خائفين من الأختناق حتى الموت ، أو غير قادرين على التبول فى دورات المياه العامة وبالأخص عندما يكون هناك شخص آخر بالقرب منهم ، وهى من الأمور الشائعة لدى الرجال ، كما توجد لدى المرضى المسنين مشكلات مشابهة فى التبول ، قد تحدث نتيجة للخوف من خبرة التبول ، الذى يمكن أن يكون مؤلما للغاية .

كما يمكن أن تؤدى الاستجابة للمس أى أداة مثل فرش الأسنان ، أو مرآة طبيب الاسنان لنسيج الفم الرقيق إلى خوف عميق من دخول أى من مثل هذه الأشياء للفم ، لدرجة أن المرضى قد يبدأون فى التقيؤ ، ويبدأون فى الشعور بالهلع بمجرد اقتراب الأداة من الفم .

المخاوف الاجتماعية

يخاف الكثير من الناس من المواقف الإجتماعية ؛ لأنهم يتوجسون من استجابة الناس لسلوكهم أو مظهرهم . مثال ذلك أن مثل هؤلاء الناس يمكن ان يعتقدوا أنهم سيظهرون فى صورة الأغبياء ، اذا

(1) Agoraphobia Scale (AS)

أبدوا ملاحظـــات عادية أو تافهة حول الجو ، وقد قُــدم وصف لمعتقدات مشـــابهة فى مواضع أخـــرى (Halford and Foody , 1982 ; Glass et al., 1982)

ويظهر أصحاب المخاوف الاجتماعية تنوعًا عريضًا فى السلوك التجنبى ، فقد لا يستطيعون الجلوس مع الزملاء أثناء الوجبات وراحة شرب القهوة ، وقد يخفون أنفسهم فى الحافلات والأماكن الأخرى ، من خلال قراءة الصحف ، ويمثل هذا السلوك يستطيعون تجنب رؤية الآخرين ينظرون إليهم ، ذلك أن إحساسهم بأنهم مراقبون قد يكون مصدر كدر لهم على وجه الخصوص .

يضاف إلى ذلك قد يسلك أصحاب المخاوف الاجتماعية على نحو أخرق أو غير ملائم ، مثال ذلك أن الكثيرين منهم قد لا يكونوا قادرين على النظر الى شخص يتحدثون إليه ، وبدلا من ذلك ينظرون الى الارض . كما قد لايكون حديثهم مسموعًا وقد يكون مترددين على وجه الخصوص ، ويبدو العميل فى حالة كف نتيجة للقلق من ممارسته لهذه المهارات الاجتماعية كل يوم ، وقد يكون واعياً أو غير واع لآفته ، إلا أنها قد تؤدى لعدم احتمال الآخرين له ، وإثارة سلوكهم غير الودى نحوه ؛ مما يؤدى بالتالى إلى تدعيم إضافى للقلق والتجنب لدى هذا العميل

ويقدم سبنس Spense مناقشة أشمل للسلوك الاجتماعى فى الفصل الحادى عشر .

وقد يبتلى أصحاب المخاوف الاجتماعية بالهلع (Barlow et al., 1985) ، وبدلاً من خوفهم المكثف من التعرض لخبرة بعض التهديدات الخطيرة للحياه خلال الهلع ، فإنهم يمكن أن يخافوا من وضوح هلعهم للآخرين بحيث يصبحـون موضعًا للسخرية ، أو أن تطلب منهم بعض التفسيرات لذلك ، تحت ظروف يجدون فيها صعوبة فى المناقشة .

يضاف الى ذلك أن العملاء من أصحاب الخوف الأجتماعى يمكن أن يخافوا أن يصبح أداؤهم أكثر ضعفاً فى وسط الناس .

وهناك استباران شائعًا الاستخدام لقياس القلق الاجتماعى ، هما « الخوف من التقييم السلبى(١) (FNE) » والتجنب والكدر الاجتماعى » (٢) (SAD) (Watson and Friend , 1969) . وعلى أى الأحوال فإن التقرير الاصلى للمؤلفين يقتبس بيانات لطلاب جامعات كنديين فقط ، ولا تتوزع البيانات اعتداليا لكل من الاستبارين ؛ مما يؤدى لصعوبة البيانات المعيارية ، وقد قننت مرة أخرى صورة مختصرة من مقياس الخوف من التقييم السلبى على طلاب مدارس * أشار إليها ليرى Leary (1983) .

وقد استخلص تيرنر وزملاؤه (Turner et al. (1989 استبار يميز المخاوف الاجتماعية من إضطراب القلق العام ** بصورة أوضح ، مما يوفره مقياس الخوف من التقييم السلبى « والتجنب والكدر الاجتماعى » ، ومع ذلك فهذا التميز تم على عينة من ٢١ مفحوصًا فقط ، وهناك عديد من الدراسات الأخرى للاستبار .

وقد استخلصت عينة من الهموم التى تشغل الأفراد القلقين اجتماعيا « باختبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى » (٣) (Sisst , Glass et al., 1982) ، وهو يطبق قبل تجربة (بروفة) مواجهة اجتماعية مباشرة ،أو اختبار سلوكى ، يتضمن اجتماعًا ومناقشة مع اعضاء من الجنس الآخر .

---

(1) Fear of Negative Evaluation (FNE)
(2) Social Avoidance and Distress (SAD)
(3) Social Interaction Self-Statment Test (SISST)

وأفضل استخدام لاستبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى (SISST) ، يكون مع صغار المفحوصين باعتباره طور أساساً على عينات من الطلاب . ولسوء الحظ فإن « استبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى » غير معداً لقياس العوامل المعرفية لدى المفحوصين ، أثناء مواجهتهم للناس فى الحياة اليومية .

يضاف الى ذلك أنه قد لا يوفر عينة للمحتويات المعرفية الحساسة . وبالتالى يصبح من الضرورى دائماً سؤال العميل أن يحتفظ بدفتر مذكرات يومية ، يسجل همومه ، كما تظهر من يوم لآخر .

جدول (٤ – ٧) : ملخص خطوات الفحص فى المخاوف الاجتماعية

١ – قبل وبعد العلاج : استخدم استبار الخوف من التقييم السلبى (FNE) واستبار التجنب والكدر الاجتماعى (SAD , Watson and Friend , 1969) والصورة المختصرة من استبار الخوف من التقييم السلبى FNE , Leary , 1983) واختبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى SIST , Glass) (et al., 1982 وذلك قبل التفاعل الاجتماعى (الحقيقى او التمثيلى) .

٢ – استخدام دفتر مذكرات يومية : تسجيل يعد خصيصا للقلق والانفعالات الأخرى ، والظروف التى يحدث فيها ، والتفكير السلبى ، والتحدى البناء له .

اضطراب القلق العام

لسوء الحظ هناك ندرة فى البحوث التى تهدف أساساً لفحص اضطراب القلق العام (Rappe , 1991) وقد أعد الكثير من المقاييس متعددة البنود ، التي يجيب عنها العميل لقياس القلق العابر والخوف، وهى تتضمن « قائمة الصفات الوجدانية المتعددة » (١) (MAACL Zukerman and Lubin , 1965) وبطارية بيك للقلق » (٢) (BAI , Beck , 1990) وتتوفر بيانات معيارية لدى عريض من اضطرابات القلق المختلفة لبطارية بيك للقلق (ibid) ، ويسمح استبار بن للانشغال أوالهم (٣) (Meyer et al., 1990) للمفحوصين بوصف معتقداتهم حول ميولهم للانشغال او الهم ، وقد وضعت مقابلات محددة البنية ، وتقديرات مقابلة ، يجدر بالذكر منها « مقياس هاميلتون للقلق » (٤) (Hamilton , 1959) لقياس القلق دون اعتبار لمصدره ، وقد طورت صورة أخرى مختصرة لهذا الاختبار ، هى « مقياس القلق الأكلينيكى » (٥) وهو ذو تعليمات تصحيح أكثر وضوحاً (Snaith et al., 1986) ، غير أن هناك القليل من المعلومات ، حول الاتساق الداخلى للمقياس أو ثبات ما بين الملاحظين .

ويصعب معرفة العمليات التى ينتج من خلالها المرضى وابلاً من الانشغالات خلال المقابلة ، وبالتالى يزيدون من سرعة قلقهم ، ويصعب بالمثل قياس هذه العمليات ، وربما يمكن القيام بذلك فقط بالنسبة للمتغيرات الفسيولوجية (CF . Lader and Mathews , 1970) ، غير أن هذا المطلب سيظل فى حاجة لاستثماره .

---

(1) Multiple Affect Adjective Check-List (MAACL) .
(2) Beck Anxiety Inventory (BAI) .
(3) Penn Worry Questionnaire (PWQ).
(4) Hamilton Anxiety Scale (HAS).
(5) Clinical Anxiety Scale (CAS) .

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

تظهر اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (١) من خبرة فاجعة مثل المقاومة أثناء الحرب ، والكوارث المدنية مثل تصادم القطارات ، وغرق العبارات والوقوع ضحية للاغتصاب ، وهناك العديد من المراجعات النظرية حول هذا الموضوع (e . g. Litz, 1992 ; Jones and Barlow , 1990) . غير أن هناك فى المقابل القليل من التقدم فى علاج ضحايا المآسى المدنية ، وقد تأسست اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمه الان كأرضية للمقاضاة الناجحة ضد أولئك المسئولين عن هذه الكوارث ، ويعتمد ذلك على التشخيص الثابت لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذى يقدم عن هذه الكوارث . والذى يتسق مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومحكاته ، الذى يقدمه الدليل التشخيصى الثالث المعدل (American Psychological Association , 1987) .

جدول (٥ – ٧) : ملخص المحكات التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

١ – عاش العميل خبرة حدث يقع خارج إطار الخبرة الانسانية المعتادة ، ويمكن أن يكون مثيراً للأسى للغاية لأغلب الناس .

٢ – يحدث تكرار للمعاناة من هذا الحدث بصورة مقاومة ، من خلال واحدة من هذه الطرق على الأقل :

(أ) تكدر متواتر ومقتحم لذكريات الحدث .

(ب) تكرار الأحلام بالحدث .

(جـ) تصرف أو شعور مفاجىء من العميل ، كما لو كان الحدث سيعاود الظهور بما فى ذلك الاسترجاع الحى للذكريات .

(د) مشاعر كدر نفسى حاد عند التعرض لأحداث ومنبهات ترمز وتشبه الحدث .

٣ – تجنب مقاوم للمنبهات المقترنة بالحدث او تخدر (لم يكن له وجود قبل الحدث) .

(أ) جهود مقصودة لتجنب الأفكار والمشاعر المقترنة بالحدث .

(ب) جهود مقصودة لتجنب الأنشطة أو المواقف التى تستثير ذكريات الحدث .

(جـ) عدم القدرة على استدعاء جانب مهم فى الحدث .

(د) تناقص كبير فى الشغف بالانشطة المهمة .

(هـ) شعور بالاغتراب أو عدم الارتباط من جانب الأخرين .

(و) تحدد مدى المشاعر الوجدانية (مثال ذلك عدم القدرة على أن تكون لديه مشاعر حب)

(ز) إحساس بضياع المستقبل

٤ – أعراض مقاومة لإثارة متزايدة ، كما تظهر من خلال اثنين على الأقل من الآتى :

(أ) صعوبة الدخول فى النوم او الاستمرار فيه .

(ب) التهيج او نوبات الغضب .

(1) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

(جـ) صعوبات فى التركيز .

(د) تيقظ مفرط .

(هـ) استجابة إجفال مبالغ فيها

(و) استجابة فسيولوجية عند التعرض لأحداث ترمز أو تشابه جانباً من جوانب الحدث (مثال ذلك الارتجاف والشعور بالبرودة أو العرق أمام مشاهد مشابهة للحدث)

٥ - أن تستمر فترة بقاء الاضطراب النفسى شهر على الاقل ؛ حتى ولو تأخرت النوبة الاولى . ويتعين تحديد طول فترة التأخر .

المصدر : نقلاً بتصريح من الدليل التشخيصى الثالث المعدل للاضطرابات العقلية .

الطبعة الثالثة ، ١٩٨٧ جمعية الطب النفسى الامريكية

وقد طور استبار باسم « مقياس تأثير الأحداث »(١) (المعدل) ليسمح للعملاء بتسجيل خبراتهم عن الآتى :

(١) تجنب ذكرياتهم عن الأحداث الصادمة

(٢) المدى الذى تقتحم به المكونات المعرفية حول الحدث تفكيرهم اليومى ؛ (Horowitz et al., 1979) . وتتوفر بيانات مقارنة فى المصدر الاصلى مستخلصة من مفحوصين راشدين ، ممن حصلوا على علاج من الكدر المقترن بالحرمان وأنواع الكدر الاخرى ، وقد يكون العملاء من مرتفعى الكدر للغاية من الاستبار ذاته ، وبقية الأشياء التى تذكرهم بالصدمة ؛ مما يجعل الصورة التى يكملها القائم بالمقابلة مفيدة (Weiss et al., 1984)

وكان من الصعب قياس جوانب ضغوط ما بعد الصدمة ، وعلى وجه الخصوص حالة فقدان الانفعال وبالأخص الخدر الانفعالى . وقد استخدمت لهذه الغرض مقاييس الاكتئاب ، ولكنها قد لا تبين المشكلة بصورة مناسبة (Litz ,1992)

ملحوظات : يود المؤلف التعبير عن امتنانه للدكتور ب . هايوارد P . Hayward ، لتعليقاته على مخطوطة هذا الفصل والفصل التالى .

* متاحة من دكتور R . Norton ، قسم علم النفس ، جامعة وينبج Winnpeg مانيتوبا Manitoba ، كندا R . 3B 2 EG .

** معدله لـ DSM III - R ، ويمكن الحصول عليها من :

Multihealth Systems Inc , 65 Overlea Boulevard , Suite 210 , Toronto , Ontario Canada M 4 H I P I .

---

(1) The Impact of Events Scale

References

Ahmad, T., Wardle, J. and Hayward, P. (1992) 'Physical symptoms and illness attributions in agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 30: 493–500.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrasik, F., Turner, S. M. and Ollendick, T. H. (1980) 'Self-report and physiologic responding during in vivo flooding', *Behaviour Research and Therapy* 18: 593–5.

Arrindell, W. A. (1980) 'Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS III) in a phobic population: a factorial definition of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 18: 229–42.

Asmundson, G. J. G., Sandleer, L. S., Wilson, K. G. and Norton, G. R. (1993) 'Panic attacks and interoceptive acuity for cardiac sensations', *Behaviour Research and Therapy* 31: 193–8.

Barlow, D. H., Mavissakalian, M. R. and Schofield, L. D. (1980) 'Patterns of desynchrony in agoraphobia: a preliminary report', *Behaviour Research and Therapy* 18: 441–8.

Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B., DiNardo, P. A. and Cerny, J. A. (1985) 'The phenomenon of panic', *Journal of Abnormal Psychology* 94: 320–8.

Beck, A. (1990) *Beck Anxiety Inventory*, New York: Psychological Corporation.

Beck, J. G. and Scott, S. K. (1987) 'Frequent and infrequent panic: a comparison of cognitive and autonomic reactivity', *Journal of Anxiety Disorders* 1: 47–58.

Beck, J. G., Stanley, M. A., Averill, P. M., Baldwin, L. E. and Deagle, E. A. (1992) 'Attention and memory for threat in panic disorder', *Behaviour Research and Therapy* 30: 619–30.

Beidel, D. C., Turner, S. M. and Cooley, M. R. (1993) 'Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: validity of the social phobia and anxiety inventory', *Behaviour Research and Therapy* 31: 331–7.

Berger, P., Browning, R., Anderson, D., Skrabanek, P., Johnson, J. R., Finch, P. D., Le Fanu, J., Mills, M., Wildavsky, A. and Kristol, I. (1991) *Health, Lifestyle and Environment: Countering the Panic*, London: The Social Affairs Unit/The Manhattan Institute.

Bland, K. S. and Hallam, R. S. (1981) 'Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics', *Behaviour Research and Therapy* 19: 335–8.

British Medical Association and The Pharmaceutical Society of Great Britain (1993) *British National Formulary*, London: BMA & PSGB.

Buglass, D., Clarke, J., Henderson, A. S., Kreitman, N. and Presley, A. S. (1977) 'A study of agoraphobic housewives', *Psychological Medicine* 7: 73–86.

Buros, O. (1978) *The Eighth Mental Measurements Year Book*, New York: Griffin Press.

Butler, G. (1989) 'Issues in the application of cognitive and behavioural strategies to the treatment of social phobia', *Clinical Psychology Review* 9: 91–106

Chambless, D. L., Caputo, C., Bright, P. and Gallagher, R. (1984) 'Assessment of fear of fear in agorpahobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agorpahobia Cognitions Questionnaire', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 1090–7.

Charney, D. S., Heninger, G. R. and Jatlow, P. I. (1985) 'Increased anxiogenic effects of caffeine in panic disorders', *Archives of General Psychiatry* 42: 233–43.

Chemtob, C., Roitblat, H. C., Hamada, R. S., Carlson, J. G. and Twentyman, C. T. (1988) 'A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder', *Joural of Anxiety Disorders* 2: 253–75.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, J., Martin, M., Anastasiades, P., Hackman, A.; Middleton, H. and Jeavons, A. (1988) 'Tests of a cognitive theory of panic', in I. Hand and H. Wittchen (eds) *Panic and Phobias II*, Heidelberg: Springer.

Clum, G. A., Broyles, S., Borden, J. and Watkins, P. L. (1990) 'Validity and reliability of the Panic Attack Symptoms and Cognitions Questionnaire', *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 12: 233–45.

Cone, J. D. (1979) 'Confounded comparisons in triple response mode assessment research', *Behavioral Assessment* 1: 85–9.

Connolly, J., Hallam, R. S. and Marks, I. M. (1976) 'Selective association of fainting with blood-injury phobias', *Behavior Therapy* 7: 8–13.

Connolly, J. F. (1979) 'Tonic physiological responses to repeated presentations of phobic stimuli', *Behaviour Research and Therapy* 17: 189-96.

Cook, B. L., Noyes, R., Garvey, M. J., Beach, V., Sobotka, J. and Chaudry, D. (1990) 'Anxiety and the menstrual cycle in panic disorder', *Journal of Affective Disorders* 19: 221–6.

Corah, N. L. (1969) 'Development of a dental anxiety scale', *Journal of Dental Research* 48: 596.

Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P. and Endler, N. S. (1990) 'Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review', *Behaviour Research and Therapy* 28: 385–94.

Craske, M. G. and Rachman, S. J. (1987) 'Return of fear: perceived skill and heart-rate responsivity', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 187–99.

DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A., Himadi, W. G. and Waddell, M. T. (1985) *Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS–R)*, New York: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, State University of New York at Albany.

Donnell, C. and McNally, R. J. (1989) 'Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation', *Behaviour Research and Therapy* 27: 325–32.

Duffy, E. (1962) *Activation and Behavior*, New York: Wiley.

Dykeman, R. A., Mack, R. L. and Ackerman, P. T. (1965) 'The evaluation of autonomic and motor components of nonavoidance conditioned response in the dog', *Psychophysiology* 1: 209–30.

Edelmann, R. J. (1992) 'Anxiety: Theory, Research and Intervention', in *Clinical and Health Psychology*, Wiley: Chichester.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Emmelkamp, P. M. G., Van der Hout, A. and de Vries, K. (1983) 'Assertive training for agoraphobics', *Behavioural Research and Therapy* 21: 63–8.

Foa, E. B. and Kozak, M. J. (1986) 'Emotional processing of fear: exposure to corrective information', *Psychological Bulletin* 99: 20–35.

Franklin, J. A. (1987) 'The changing nature of agoraphobic fears', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 127–33.

Gelder, M. (1982) 'Agoraphobia and space phobia', *British Medical Journal* 284: 72.

Gelder, M. G. and Marks, I. M. (1966) 'Severe agoraphobia: a controlled prospective therapeutic trial', *British Journal of Psychiatry* 112: 309–19.

Glass, C. R., Merluzzi, T. V. Biever, J. L. and Larsen, K. H. (1982) 'Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire', *Cognitive Therapy and Research* 6: 37–9.

Goldstein, A. J. and Chambless, D. L. (1978) 'A reanalysis of agoraphobia', *Behavior Therapy* 9: 47–59.

Haines, A. P., Imeson, J. D. and Meade, T. W. (1987) 'Phobic anxiety and ischaemic heart disease', *British Medical Journal* 295: 297–9.

Halford, K. and Foddy, M. (1982) 'Cognitive and social skills correlates of social anxiety', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 17–28.

Hallam, R. S. (1978) 'Agoraphobia: a critical review of the concept', *British Journal of Psychiatry* 133: 314–19.

Hallam. R. S. (1983) 'Agoraphobia: deconstructing a clinical syndrome', *Bulletin of the British Psychological Society* 36: 337–40.

Hamann, M. S. and Mavissakalian, M. (1988) 'Discrete dimensions in agoraphobia: a factor analytic study', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 137–44.

Hamilton, M. (1959) 'The assessment of anxiety states by rating', *British Journal of Medical Psychology* 32: 50–5.

Haynes, S. N. and Wilson, C. C. (1979) *Behavioral Assessment. Recent Advances in Methods, Concepts and Applications*, San Francisco: Jossey-Bass.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Rapee, R. M. and Bruch, M. A. (1988) 'The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic Patients', *Behaviour Research and Therapy* 26: 407–11.

Hibbert, G. and Pilsbury, D. (1989) 'Hyperventilation: is it a cause of panic attacks?' *British Journal of Psychiatry* 155: 805–9.

Hodgson, R. and Rachman, S. (1974) 'Desynchrony in measures of fear', *Behaviour Research and Therapy* 319–26.

Hope, D. A., Gansler, D. A. and Heimberg, R. G. (1989) 'Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology', *Clinical Psychology Review* 9: 49–60.

Hornsveld, H., Garssen, B., Fiedeldij, D. and Van Spiegel, P. (1990) 'Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: implications for diagnosing hyperventilation syndrome', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 687–97.

Horowitz, M., Wilner, N. and Alvarez, W. (1979) 'Impact of Event Scale: a measure of subjective stress', *Psychosomatic Medicine* 41: 209–18.

Husek, T. R. and Alexander, S. (1963) 'The effectiveness of the anxiety differential in examination stress situations', *Educational and Psychological Measurements* 23: 309–18.

Jones, J. C. and Barlow, D. H. (1990) 'The etiology of post-traumatic stress disorder', *Clinical Psychology Review* 10: 299–328.

Kantor, J. S., Zitrin, C. M. and Zeldis, S. M. (1980) 'Mitral valve prolapse syndrome in agoraphobic patients', *American Journal of Psychiatry* 137: 467–9.

Keele, C. A., Neil, E. and Joels, N. (1982) *Samson Wright's Applied Physiology, 13th edn* Oxford: Oxford University Press.

Kendall, P. C., Finch, A. J., Auerbach, S. M., Hooke, J. F. and Mikulka, P. J. (1976) 'The State-Trait Anxiety Inventory: a systematic evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 406–12.

Kent, J. (1985) 'Memory of dental pain', *Pain* 21: 187–94.

Kent, J. and Gibbons, R. (1987) 'Self-efficacy and the control of anxious cognitions', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 18: 33–40.

Kirsch, I., Tennen, H., Wickless, C., Saccone, A. J. and Cody, S. (1983) 'The role of expectancy in fear reduction', *Behavior Therapy* 14: 520–33.

Knight, R., Waal-Manning, H. J. and Spears, G. F. (1983) 'Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression Scale', *British Journal of Clinical Psychology* 22: 245–9.

Kozak, M. J. and Miller, G. A. (1982) 'Hypothetical constructs v. intervening variables: an appraisal of the three systems model anxiety assessment', *Behavioural Assessment* 4: 347–58.

Lacey, B. C. and Lacey, J. I. (1980) 'Sensorimotor behaviour and cardiac activity', in I. Martin and P. H. Venables (eds) *Techniques in Psychophysiology*, Chichester: Wiley.

Lader, M. H. (1967) 'Palmar skin conductance measures in anxiety and phobic states', *Journal of Psychosomatic Research* 11: 271–81.

Lader, M. H. and Marks, I. (1971) *Clinical Anxiety*, London: Heinemann.

Lader, M. H. and Mathews, A. M. (1968) 'A physiological model of phobic anxiety and desensitisation', *Behaviour Research and Therapy* 6: 411–21.

Lader, M. H. and Mathews, A. M. (1970) 'Physiological changes during spontaneous panic attacks', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 377–82.

Lader, M. H. and Wing, L. (1967) *Physiological Measures, Sedative Drugs and Morbid Anxiety*, Oxford: Oxford University Press.

Lande, S. D. (1982) 'Physiological and subjective measures of anxiety during flooding', *Behaviour Research and Therapy* 20: 81–8.

Lang, P. J. (1977) 'Imagery in therapy: an information processing analysis of fear', *Behaviour Therapy* 8: 862–86.

Lang, P. J. (1978) 'Anxiety: toward a psychophysiological definition', in H. S. Akiskal and W. L. Webb (eds) *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*, New York: Spectrum.

Lang, P. J. (1979) 'A bio-informational theory of emotional imagery', *Psycho-physiology* 16: 495–512.

Lang, P. J. and Lazovik, A. D. (1963) 'Experimental desensitisation of a phobia', *Journal of Abnormal and Social Psychology* 66: 519–25.

Lautch, H. (1971) 'Dental phobia', *British Journal of Psychiatry* 119: 151–8.

Lay, C., Ziegler, M., Herschfield, L. and Miller, D. (1974) 'The perception of situational consistency in behaviour; assessing the actor-observer bias', *Canadian Journal of Behavior Science* 6: 376–84.

Leary, M. R. (1983) 'A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale', *Personality and Social Psychology Bulletin* 9: 371–5.

Ley, R. (1989) 'Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks', *Behaviour Research and Therapy* 27: 549–54.

Liddell, A. (1990) 'Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children', *Journal of Behavioral Medicine* 13: 183–94.

Lindsay, S. J. E. (1984) 'The fear of dental treatment: a critical and theoretical analysis', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology III*, Oxford: Pergamon.

Lindsay, S. J. E. (1985) 'The anxious patient 2: The casual attender', *Dental Update* 12: 177–80.

Lindsay, S. J. E. and Jackson, C. (1993) 'The fear of dental treatment in adults: its nature and management', *Psychology and Health* 8: 135–54.

Lindsay, S. J. E., Saqi, S. and Bass, C. (1991) 'The test-retest reliability of the hyper-ventilation provocation test', *Journal of Psychosomatic Research* 35: 155–62.

Litz, B. T. (1992) 'Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: a critical review and reformulation', *Clinical Psychology Review* 12: 417–32.

Marks, I. (1981) 'Space phobia: a pseudoagoraphobic syndrome', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 44: 387–91.

Marks, I. (1987) *Fears, Phobias and Rituals*, Oxford: Oxford University Press.

Marks, I. and Mathews, A. M. (1979) 'Brief standard self-rating for phobic patients', *Behaviour Research and Therapy* 17: 263–7.

Marks, M. (1988) 'Fear of fear in different phobic groups', Unpublished M. Sc. thesis, Institute of Psychiatry, University of London.

Martin, I. and Venables, P. H. (eds) (1980) *Techniques in Psychophysiology*, Wiley: Chichester.

Mathews, A. M. and MacLeod, C. (1986) 'Discrimination without awareness in anxiety states', *Journal of Abnormal Psychology* 95: 131–8.

Mathews, A. M., Gelder, M. G. and Johnson, D. W. (1981) *Agoraphobia: Nature and Treatment*, London: Tavistock.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. and Borkovec, T. D. (1990) 'Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire', *Behaviour Research and Therapy* 28: 486–96.

Meyer, V. and Reich, B. (1978) 'Anxiety management: the marriage of physiological and cognitive variables', *Behaviour Research and Therapy* 16: 177–82.

Michelson, L. and Mavissakalian, M. (1983) 'Temporal stability of self-report measures in agoraphobia-research', *Behaviour Research and Therapy* 21: 695–98.

Miller, S. M. (1979) 'Controllability and human stress: method, evidence and theory', *Behaviour Research and Therapy* 17: 287–304.

Mogg, K., Mathews, A. and Weinman, J. (1987) 'Memory bias in clinical anxiety', *Journal of Abnormal Psychology* 96: 94–8.

Munby, M. and Johnston, D. W. (1980) 'Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioral treatment', *British Journal of Psychiatry* 137: 418–27.

Murray, E. J. and Foote, F. (1979) 'The origins of fear of snakes', *Behaviour Research and Therapy* 17: 489–93.

Norton, G. R., Harrison, B., Hauch, J. and Rhodes, L. (1985) 'Characteristics of people with infrequent panic attacks', *Journal of Abnormal Psychology* 94: 216–21.

Ost, L. G. (1990) 'The Agoraphobia Scale: an evaluation of its reliability and validity', *Behaviour Research and Therapy* 28: 323–30.

Ost, L. G., Jerremalm, A. and Jansson, L. (1984) 'Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 22: 697–708.

Peterson, R. A. and Heilbronner, D. (1987) 'The Anxiety Sensitivity Index: construct validity and factor analytic structure', *Journal of Anxiety Disorders* 1: 117–22.

Petursson, H. and Lader, M. H. (1984) *Dependence on Tranquillizers*, Oxford: Oxford University Press.

Pickles, A. J. and van den Broek, M. D. (1988) 'Failure to replicate evidence for phobic schemata in agoraphobic patients', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 271–3.

Rachman, S. J. (1980) 'Emotional processing', *Behaviour Research and Therapy* 18: 51–60.

Rachman, S. J. (1991) 'Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition', *Clinical Psychology Review* 11: 155–74.

Rachman, S. J. and Cuk, M. (1992) 'Fearful distortions', *Behaviour Research and Therapy* 30: 583–9.

Rapee, R. M. (1991) 'Generalised Anxiety Disorder: a review of clinical features and theoretical concepts', *Clinical Psychology Review* 11: 419–40.

Ray, R. L. and Kimmel, H. D. (1979) 'Utilisation of psychophysiological indices in behavioral assessment: some methodological issues', *Journal of Behavioral Assessment* 2: 107–22.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. and McNally, R. J. (1986) 'Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness', *Behaviour Research and Therapy* 24: 1–8.

Seligman, M. E. P. (1971) 'Phobias and preparedness', *Behavior Therapy* 2: 307–20.

Smith, R. C. and Lay, C. D. (1974) State and trait anxiety: an annotated bibliography', *Psychological Reports* 34: 519–94.

Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Husain, A. and Sipple, M. A. (1982) 'The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale', *British Journal of Psychiatry* 141: 518–23.

Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A. and Teale, C. (1986) 'Grade scores of the Montgomery–Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales', *British Journal of Psychiatry* 148: 599–601.

Solyom, L., Heseltine, G. F. D., McClure, D. J., Solyom, C., Ledwidge, B. and Steinberg, S. (1973) 'Behavior therapy v. drug therapy in the treatment of phobic neurosis', *Canadian Psychiatric Association Journal* 18: 25–31.

Speirs, R. L. (1983) 'Some reflections on the mechanism of the common faint', *Dental Update* 644–50.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R. and Jacobs, G. A. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.

Taylor, S. E. and Brown, J. D. (1988) 'Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health', *Psychological Bulletin* 103: 193–210.

Thompson, S. (1980) 'Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question', *Psychological Bulletin* 90: 89–101.

Thorpe, G. L. and Burns, L. E. (1983) *The Agoraphobic Syndrome. Behavioral Approaches to Evaluation and Treatment*, Chichester: Wiley.

Trudel, G. (1978) 'The effects of instructions, level of fear, duration of exposure and repeated measures on the behavioural avoidance test', *Behaviour Research and Therapy* 17: 113–18.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. and Stanley, M. A. (1989) 'An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory', *Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1: 35–40.

Watson, D. and Friend, R. (1969) 'Measurement of social evaluative anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448–57.

Watson, J. P., Gaind, R. and Marks, I. M. (1972) 'Physiological habituation to continuous phobic stimulation', *Behaviour Research and Therapy* 10: 269–78.

Weiss, D. S ., Horowitz, M. J. and Wilner, N. (1984) 'The Stress Response Rating Scale: a clinician's measure for rating the response to serious life events', *British Journal of Clinical Psychology* 23: 202–15.

Wilson, G. T. (1982) 'The relationship of learning theories to behavioural therapies: problems, prospects and preferences', in J. C. Boulougouris (ed.) *Learning Theory Approaches to Psychiatry*, Chichester: Wiley.

Windheuser, H. J. (1978) 'Anxious mothers as models for coping with anxiety', *Behavioural Analysis and Modification* 2: 38–58.

Wittchen, H. U. (1986) 'Epidemiology of panic attacks and panic disorders', in I. Hand and H. U. Wittchen (eds) *Panic and Phobias. Empirical Evidence of Theoretical Models and Long-Term Effects of Behavioral Treatments*, Berlin: Springer-Verlag.

Zander, J. R. and McNally, R. T. (1988) 'Bi-informational processing in agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 26: 421–30.

Zeitlin, S. B. and McNally, R. J. (1991) 'Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder', *Behaviour Research and Therapy* 29: 451–8.

Zuckerman, M. and Lubin, B. (1965) *Manual for the Multiple Affect Adjective Check-List*, San Diego: Education and Industrial Testing Service.

الفصل الثامن

علاج المخاوف والقلق

Fears and anxiety Treatment

S. J. E. Lindsay س . ج . ل ليندساي

الفصل الثامن

عــــلاج المخـــــاوف والقـــلق

س . ج . ل لينـدسـاى Lindsay

مقـــدمـة :

كانت أساليب العلاج التى حققت أول أكبر تأثير ناجح للمخاوف هى أساليب العلاج السلوكى التى طورت فى الستينيات والسبعينيات ، وقد اختبرت اولاً على المخاوف البسيطة ، ثم امتدت بعدئذ إلى مخافة الأماكن المفتوحة . وقد شهدت الثمانينيات تطور العلاج ، وعلى وجه الخصوص أساليب العلاج المعرفية للمخاوف الأكثر تعقيداً ، وبالأخص المخاوف الاجتماعية والقلق العام ، واضطرابات الهلع والمخاوف البسيطة المقاومة لأساليب العلاج السلوكية .

ويوجد بين طرق العلاج السلوكية تباين واسع فى الأساليب ، وقد قدم ماركس (1981) Marks قائمة بأكثر من أربعين أسلوبًا منذ ذلك التاريخ ، حتى عام ٨٧ (1987) Marks . والتى كان المبدأ الأكثر بروزًا للعلاج الناجح فيها ، هو المسمى تعرض (١) العميل للتهديد الذى يسبب له الخوف . وقد شدد بعض المؤلفين على ضرورة التعرض دون كرب (Gelder , 1975) ، بينما طالب البعض الآخر أن يهدف العلاج لتشجيع المفحوص على الاعتقاد بإنه يستطيع التعامل مع التهديد ، موطداً لمنحى سلوكى للفعالية الذاتية(٢) (Bandura , 1977) . وأكد البعض الآخر على أن أساليب العلاج تكون فعالة طبقاً للمدى ، الذى تخفض به المكونات المعرفية غير المشجعه ، (Goldfried , 1979) ، أو أن تدحض النتائج الأكثر سوءاً والتى يتوقع العميل حدوثها فى أكثر مخاوفة شده . ويمكن القيام بالعلاج السلوكى للمخاوف فى تخيلات المريض أو فى الواقع الحى (٣) . وقد يتضمن العلاج التقديم المتدرج لأكثر الخبرات المهددة (التعرض التدريجى) (٤) ، أو تقديمه فى مستهل موقف العلاج مع القليل من الاعداد (إغراق) (٥) . وقد يحدث التعرض بطريقة غير مباشرة ، وذلك عندما يشاهد العميل عرضاً لمفحوص آخر يجتاز التعرض (النمذجة) (٦) .

ويمكن أن يتم العلاج من هذا النوع من خلال الممارسة ، وتشجيع عدد من المهارات ، مثل الاسترخاء التطبيقى أو التدريجى (٧) . (Ost , 1987 , Bernstein and Borkovec , 1973) .

---

(1) Exposure.
(2) Self-efficacy.
(3) In vivo
(4) Graded exposure
(5) Flooding
(6) Modelling
(7) Applied or progressive relaxation .

ويمكن أن يجرى التعرض للمواقف المهدده بعد الأنشطة المخفضة للقلق ., Johnson et al) ، مثل : الضحك ، الإرهاق والأكل ، وتناول المهدئات المؤدية للتوازن (١) , Zitrin (1982; Wolpe , 1981 1981. وقد استخدمت بالمثل أساليب تدعيم سلوك التعامل والتعرض مقترنة بعائد (٢) للنجاح O , Brien) , 1981 ; Leitenberg et al., 1969) . ومهما كان الأسلوب الناجح لعلاج الخوف والسيطرة عليه .. فإن هناك كثيراً من الجدل ، الذى مازال دائراً حول ما الذى يسهم فى إحداث النجاح , Foa and Kozek) 1986 ; Marks , 1987 ; Brewin, 1988) ومع ذلك فالتراث العلمى حول الموضوع من السعة بالقدر الذى يجعل تقييم هذه القضايا يتجاوز منظور المراجعة الحالية ، وهو متاح فى مواضع أخرى (OP . cit) .

العلاج السلوكي للمخاوف : قضايا عامة

لخصت مكونات العلاج الناجح للمخاوف فى جدول (٢ - ٨) والخطوات الأولى فى العلاج كالآتى:

بعد مناقشة العملاء فى صياغة صعوباتهم ، غالبا ما سيكون من الأمور الجوهرية تقديم شرح لطبيعة الخوف والقلق : أعراض القلق ، ومؤشرات تأثيراته ، والعوامل المعرفية التى تستثير الخوف وأعراضه ، وغالبًا ما ستكون الخطوة التالية هى سحب المواد المسببه للقلق (٣) ، مثل : الكفايين (٤) والبنزو ديازبينات (٥) والكحول (انظر الفصل السابع) .

وعلى الرغم من ذلك فلا توجد دلائل واضحة على أن التعاطى المستمر للبنزوديازبينات يعوق أو ييسر العلاج النفسى ، وعلى وجه الخصوص فى حالة الجرعات التى يوصى باستخدامها للقضاء على القلق (Wardle et al., , 1993) وحتى التسكين بالبريفيتال (الميثو - هيكستون صوديوم) (٦) لم يثبت أنه له ميزه واضحة أثناء العلاج السلوكى (Chambless et al., 1980) ، وعلى الرغم من ذلك فهناك إمكانية أن يؤدى خفض استهلاك البنزوديازبينات وحدها إلى خفض القلق , Petursson and Lader) 1984) ويساعد فى ذلك أن توفر للمريض المعلومات عن أعراض الانسحاب ، والتى يقدمها طبيب المريض، أو التى يمكن الاطلاع عليها فى الكتب (مثال ذلك Lacey and Wood Ward , 1985) أو التى توفرها مجموعات الدعم المتبادل من المرضى الذين اجتازوا مرحلة الانسحاب (Cormack et al., 1989) ، أو بتحكم الأخصائى النفسى فى القلق والسيطرة عليه (Fraser et al., 1990) ومع ذلك فلا يوجد دليل واضح لصالح أى من هذه الإجراءات .

ويبدو أن هناك القليل من الدراسات التى اختبرت تأثير التعاطى المستمر للبنزوديازبينات بعد العلاج السلوكى الناجح . وبالتالى فليس من الواضح إذا كان الاعتماد المقاوم يمكن أن يساعد على الانتكاس ام لا . ومع ذلك فاتساقاً مع الجدل الدائر الموضح فى موضع آخر من هذا الفصل ، يبدو أن الخوف كان يعمل بشكل غير مناسب فى الحالات ، التى مازال المريض يستخدم فيه البنزوديازبينات ، يضاف إلى ذلك أن هناك مخاطر تتمثل فى أن يعزو المريض العلاج النفسى الناجح الى البنزوديازبينات ، وبالتالى يتدعم استمرار تعاطيها ، بما لا يشجع ممارسة المهارات النفسية المكتسبة فى العلاج . وهناك

(1) Tranquilliser-induced equanimty
(2) Feedback
(3) Anxlogenic Substances
(4) Caffeine
(5) Benzodiazepines
(6) Metho-hexitone Sodium

أيضاً عدد من الآثار الجانبية المرتبطة بإدمان البنزوديازبينات ، من بينها : الأكتئاب وأعراض مشابهة لتلك الموجودة فى الأنفلونزا (Petursson and Lader , 1984) ، وبالتالى يتعين النصح بتجنب الاعتماد عليها منذ البداية كجزء من العلاج . ولسوء الحظ .. فإن ذلك لا يكون مقبولاً فى بعض الأحيان . فكرب الانسحاب والاعتقاد فى فعالية المهدئات كبير للغاية ، ويمكن أن يتدعم هذا الاعتقاد لدى المرضى ؛ نتيجة لزيادة القلق الذى يعانون منه عندما لا يستمر التعاطى ، ونتيجة لعدم قدرتهم على الانتظار إلى ان تخمد هذه الاعراض، يصبحون على اقتناع أنهم فى حاجة للمهدئات لفترة غير محدودة ، وبالتالى يصبح على العلاج النفسى ان يجرى على الرغم من ذلك .

ويثور جدل مماثل حول التعاطى المستمر للكحول والكافيين ، والعقاقير الأخرى من منظور خصائصها السمية ، وتدعيمها للاعتمادية ، بالإضافة إلى الآثار الأخرى الهدامة .

العلاج السلوكى المبكر : التسكين المنظم

الإجراءات : التسكين المنظم (١) ، والتعرض التدريجى التخيلى (٢) كانا العلاج المبكر للغاية الذى يحصل عليه المريض خلال الفحص العلمى (Wolpe , 1958 ; Paul , 1966) ، وهو يتطلب أن يقوم المعالج والعميل بداية بوضع مدرج للمنبهات المهددة (انظر الفصل السابع) . وبعد التدريب على الاسترخاء المتدرج (٣) ، يقوم العميل بتخيل أنه يمر بخبرة أول أكبر تهديد غير ضار منها ، فإذا عانى العميل من أى درجة من القلق فعليه أن ينبه المعالج ، والذى يقوم بدوره بتنبيه العميل للتخلص من تخيله ، وأن يفكر فى منظر محايد ، ثم يبدأ من جديد تدريباً مكثفًا على الاسترخاء لحوالى دقيقة واحدة . وما أن ينتهى من ذلك حتى يتخيل من جديد المنبه نفسه ، فإذا مضت الخبرة بأدنى درجة من القلق ، فعلى العميل أن ينتقل لتخيل الموقف التالى الأكثر تهديداً ، فإذا عانى العميل كرباً من ذلك ، فعليه أن يوقف تخيل هذا البند وممارسة المزيد من الاسترخاء ، ثم يعود لتخيل البند السابق أو موقفاً محايداً .

ويستمر هذا الإجراء حتى يتم المرور بخبرة تخيل أكثر المواقف تهديداً بأدنى قدر من عدم الراحة. ويرى بول (1966) Paul ضرورة إكمال هذا الإجراء فى خمس جلسات ، يحرص المعالج على إنهاء كل جلسة منها بنجاح ، بمعنى أن تنتهى الجلسة ببند لا يثير أى درجة من الكرب .

ويكون من الضرورى أحيانا تقديم بنود إضافية للتعامل مع جوانب معينة نسيها المفحوص ، مثال ذلك أن على العميلة أن تتذكر كونها عصبيه للغاية أثناء تسوقها فى مكان مزدحم ، عندما لا يكون صديقها بالقرب منها . وبالتالى يجب تقديم البنود التى تتغير طبيعتها نتيجة لقرب الصديق موضع الثقة .

ويتعين تعزيز تجارب (بروفات) التخيل باستخدام شرئط التسجيل واشرطة الفيديو للمواقف ، ذات الأهمية الخاصة للعميل (مثال ذلك Solyom et al., 1972) ،. ولكى يعزز المعالج الانخراط فى التعرض يمكنه أن ينبه العميل أيضاً لوصف جوانب الموقف أثناء مواجهته (Tower and Singer, 1981).

---

(1) Systematic desensitisation
(2) Graded exposure in imagination
(3) Progressive relaxation

تأثيرات على نتائج التسكين

قدم ماركس Marks (1975) مراجعة للأعمال المبكرة فى التعرض ، والتى تم الكثير منها باستخدام التسكين التخيلى المنظم . وقد استخلص أن النتائج تكون إيجابية أكثر إذا استغرق التعرض للبنود الفردية ساعات وليس دقائق ، أو نصف دقيقة بدلاً من ثوان قليلة ، كما أن الجلسات المتكررة (جلستين يوميا مثلاً) ليست أفضل تأثيراً من جلستين خلال أسبوعين . وقد ثار جدل حول ما إذا كان هناك فرق يحدث ، إذا ما كان المعالج أو العميل هو الذى يحدد عدد مرات تقديم البنود المنبهة .

وقد استخلص من الدراسات المتعددة أن الاسترخاء غير مهم ، وقد أوضح عدد من الدراسات أن تحويل انتباه المفحوص بطرق مثل تعليمات المعالج ، أو بتشغيل الموسيقى (Yulis et al., 1975) كان له تأثير بنفس قوة تأثير الاسترخاء، وقد وجد تقرير واحد (Sue , 1972) أنه حتى زيادة التوتر العضلى كان له نفس تأثير الاسترخاء . وقد أورد ماركس (1975) أيضًا بعض الدلائل على أن المرور بخبره مدرج البنود (١) بنظام عكسى (٢) كان فعالا مثل الاجراء التقليدى .

التسكين فى الموقف الحى (٣) ام تخيلا ؟

على الرغم من استخلاص ولبه Wolpe (1958) أن تعميم التسكين يحدث عبر الواقع بسرعة ، إلاأن بعض المؤلفين ذكروا بعض التعميمات غير المرضية (Emmelkamp, 1982 : 45; Leitenberg et al., 1969) ، وبالتالى فليس من الحكمة افتراض أن العمومية ثابتة ، ويتعين النصح باتخاذ الترتيبات لتعرض حى ، حيثما يكون ذلك ممكنًا ، سواء تم ذلك فى صورة واجب منزلى مصاحب للبرنامج الذى يتم فى العيادة ، أو كبرنامج تعرض حى فى إطار البيئة ، التى يكون من المرغوب امتداد التعميم إليها .

وعلى الرغم من ذلك ، فقد يكون هذا الأمر صعباً بالنسبة لبعض المخاوف ، مثل تلك الخاصة بالخوف من ركوب الطائرات ، أو من العواصف الرعدية أو من الإجراءات الطبية ، بل وقد يكون من المستحيل ترتيب أكثر من تعرض واحد لمواقف مستهدفة ، وبالتالى فالتسكين التخيلى ، أو الإجراءات المشابهة قد تفى بالغرض .(Ost , 1978 , Howard et al., 1983) .

التعرض بدون خوف

بينما يمكن اتخاذ الترتيبات لمعايشة خبرة سلسلة من المواقف ، إلا أن التعرض التدريجى فى الحياة الواقعية يمكن أن يتبع نمطًا مشابهًا لذلك الذى يحدث فى التسكين التخيلى ، فيما عدا أنه قد يكون ترتيب التعرض لبنود معينة دون إثارة للقلق أكثر صعوبة . وقد يكون من الممكن تقديم بعض المواد المثيرة لمخاوف نوعية ، مثل تلك المتعلقة بالخوف من الحشرات أو الأدوات الجراحية بطريقة مشابهة لما سبق وصفه ، مثال ذلك أنه يمكن فى المواقف الأكثر بساطة تقديم عنكبوت بالقرب من العميل على مائده ، وسيمارس المفحوص خبرة الاسترخاء أو إعادة تتبع خطوات خبره التعرض السابق إذا تطلب الأمر ذلك . وهناك إجراء آخر مشابه وصفه إيميلكامب (Emmelkamp , 1982 : 282) يصلح حتى فى حالات مخاوف الأماكن المفتوحة ؛ إذ يطلب من العميل ، فى برنامج التحكم الذاتى فى التعرض الذى وصفه ، أن

(1) Hierarchy items
(2) Reversal (أي من البنود الأكثر تهديداً للاقل تهديدًا)
(3) In vivo

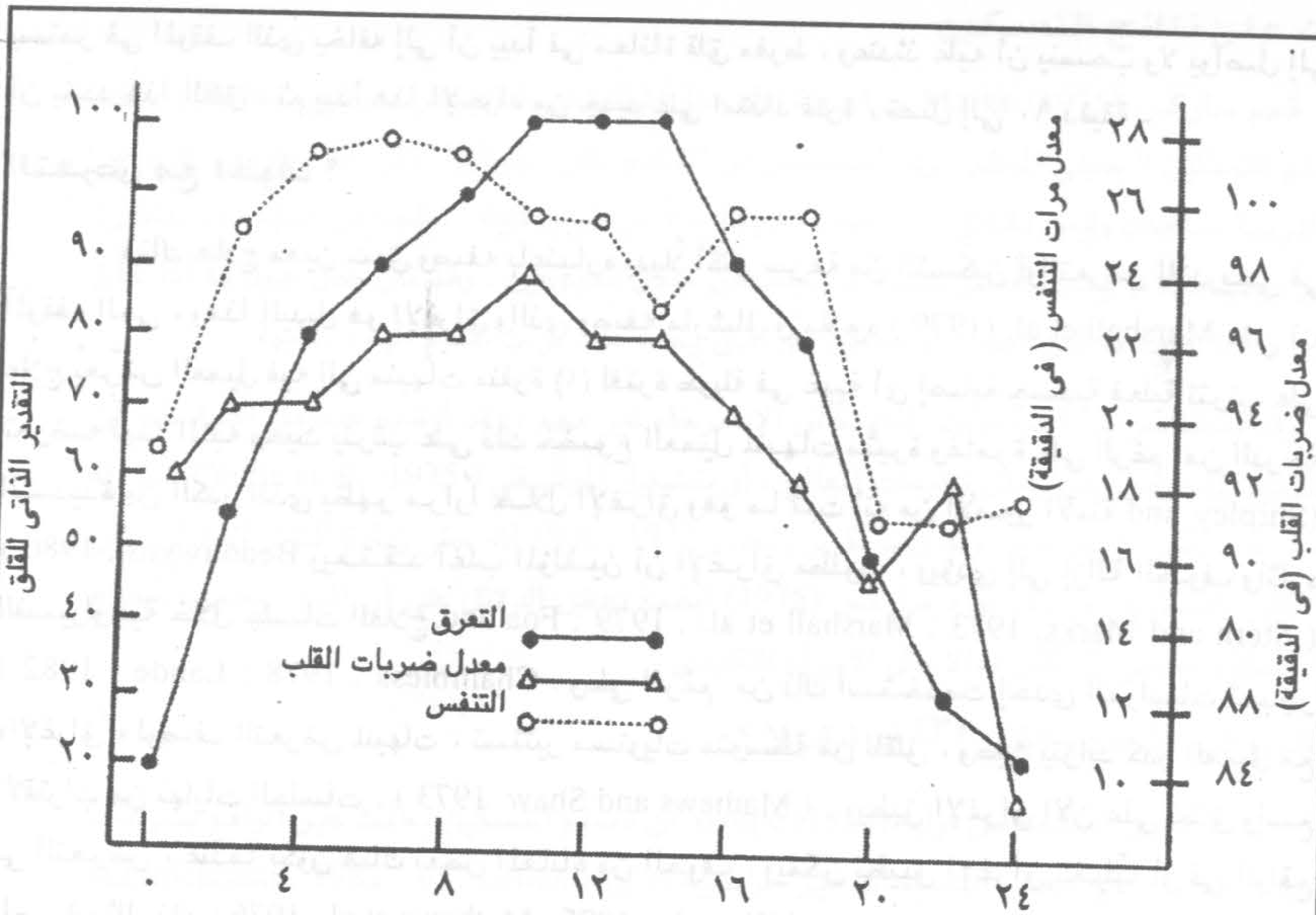
يستمر فى الموقف الذى يخافه إلى أن يبدأ فى معاناة قلق مفرط ، وعندئذ عليه أن ينسحب ولا يواصل إلى أن يتبدد هذا القلق ، ثم يبدأ هذا الإجراء من جديد على امتداد فترة ، تصل إلى ٩٠ دقيقة .

التعرض مع الخوف ؟

هناك علاج معين سبق وصفه باعتباره بديلاً أكثر سرعة من التسكين أوالتعرض التدريجى فى الموقف الحى ، وهذا البديل هو الإغراق والذى وصفه مارشال وزملاءه (Marshall et al. (1979 على أنه علاج يُعرّض العميل فيه إلى منبهات منفرة (١) لفترة طويلة فى غيبة أى إصابة جسدية فعلية تترتب على تعرضه لهذا المنبه وحيث يترتب على ذلك خضوع العميل لمنبهات مثيرة وغامرة على الرغم من الدرجة الشديدة من الكدر الذى يظهر مراراً خلال الإغراق وهو ما ثبت أنه من الأمور الآمنة (Shipley and Bedouwyns , 1980) ويعتقد أغلب المؤلفين أن الإغراق مطلوب ، ويؤدى إلى إزالة الخوف وآثاره الفسيولوجية خلال جلسات العلاج (Stern and Marks, 1973 ; Marshall et al. , 1979 ; Foa and Chambless , 1978 ; Lande , 1982) . وعلى الرغم من ذلك استخدمت إحدى الدراسات تعبير «الإغراق » لوصف التعرض لمنبهات ، تستثير مستويات متوسطة من القلق ، وحيث يتزايد كدر العميل مع الاقتراب من نهايات الجلسات . (Mathews and Shaw 1973) . ويطبق الإغراق الآن على نطاق واسع فى التعرض ، عندما يكون هناك بعض المعاناة من الخوف ، ويمكن تطبيق الإغراق تخيليًا أو فى الواقع الحى (مثال ذلك : Emmelkamp and Wessels , 1975 ; Mathews et al , 1976) . وقد استخلص من هذه الدراسات أن هذه الطريقة أكثر فعالية Mathews et al., 1981 , Emmelkamp , 1982 , Marshall et al., 1979)

ويعرض شكل (١ – ٨) التغيرات فى مستوى الكدر ، التى يعتقد أنها تحدث ، ويعانيها المفحوص خلال جلسات الإغراق ، وهى مقتبسة عن لاند (Land (1982 والذى حصل على تقديرات للخوف وتسجيلات لمعدل التنفس ومعدل خفقان القلب ، والتى تتزايد جميعها بتخيل العميل أنه موضع نقد المشرف على الجلسة وتنخفض مع استمرار هذه الخبرة لفترة تتجاوز أربعة وعشرين دقيقة . وقد لاحظت فوا وزملاؤها (Foa et al. (1980 أن انخفاض الكدر إلى خط الأساس أو الأساس القاعدى يستغرق تسعين دقيقة فى حالة أخرى من الإغراق التخيلى .

(1) Aversive Stimuli



شكل (١ – ٨) التغيرات فى الكدر لدى مفحوص خلال جلسة واحدة للإغراق .

المصدر *Lande , Behaviour Research and Therapy 1982 , 20 , 81 - 8*

بتصريح من *Elsevier Science ltd , Kidlington O X 5 IGB , U . K* .

وقد وصف ماثيوز وزملاؤه Mathews et al. (1981) إجراءاً بديلاً للتعرض الحى ، وفى هذا الإجراء يعطى العميل تعليمات بأن يظل فى موقف معين حتى يتبدد القلق (انظر أيضا : Marks , 1981 ; Marshall et al., 1979) ويمكن فى هذه الطريقة استخدام مجموعة كبيرة من المواقف ، وبالتالى يمكن للعميل أن يدخل أحد مراكز التسوق مع صديق له خلال فترة هادئة ويظل فيه إلى ان يصبح أقل إحساساً بعدم الراحة ، وتتضمن المرحلة التالية الذهاب الى مركز التسوق فى وقت أكثر ازدحامًا ، وبالتالى قد لا يتعين بالضرورة انخفاض الخوف إلى أدنى مستوى أثناء الجلسات (انظر الجزء الخاص بالتعرض ومنع الاستجابة ص ٢٠٨) .

وإذا كان التعرض الحى ممكنا عملياً أو لم يكن مكلفا من حيث استهلاكه لوقت المعالج . فلماذا لاتتضمن كل أساليب العلاج تعرضا فى الموقف الحى ؟ لسوء الحظ قد لا يكون من الممكن أساساً العثور على موقف ، يكون المريض مستعداً لمواجهته فى الواقع . وفى ضوء هذا الاعتبار قد يكون أقل تهديداً للمفحوص أن يجتاز إجراءات تسكين لقائمة متدرجة ، تتراوح فيها البنود بين التعرض للبعض تخيلا الى التعرض للبعض الآخر واقعيًا . ولهذا يتعين بالنسبة لمريض بخواف الأماكن المفتوحة أن تتضمن هذه القائمة المتدرجة تخيل الوقوف خارج الباب الأمامى والسير حتى نهاية الشارع ، وأن تتضمن بعض البنود تدريبا على السير حتى المتاجر القريبة .

وقد يكون من المفيد أيضًا عرض إجراءات التعرض خلال جلسة ، تتم فى العيادة وحيث يجرب العميل التعرض التخيلى فقط ، وبالتالى يتعلم العميل كيفية التحكم فى القلق ، سواء بأسلوب التحكم الذاتى ، أو من خلال السماح للقلق بالتبدد بالطريقة التى سبق وصفها .

ومن الواضح أيضًا أنه ستكون هناك بعض المزايا من حيث التكلفة ، إذا كان التسكين التخيلى فى العيادة له نفس تأثير الإجراء المشابه ، الذى يطبق فى الواقع الحى . ولسوء الحظ أن ليندن Linden (1981) وجيمس وزملاؤه James et al. (1983) ذكروا أنه رغم أن البحوث ساندت تفوق التعرض الحى التدريجى ، مقارنة بالتسكين التخيلى بالنسبة للمخاوف غير الأكلينيكية ، إلا أن هذه النتيجة لم يتم اختبارها بصوة مُرضية بالنسبة للمشكلات الأكثر خطورة . وقد وجد جيمس وزملاؤه (.ibid) فى ست حالات لمرضى خواف الاماكن المفتوحة ، ممن كانوا معاقين بشكل خطير لحوالى ثمانى سنوات فى المتوسط أن التسكين التخيلى كان فعالاً بالقدر نفسه ،الذى كان عليه التعرض الواقعى .

وتتضمن الإجراءات التى تحد من تكلفة العلاج استخدام أسلوب علاج العملاء فى مجموعات (مثال ذلك Hand et al., 1974) . وتطبيق العلاج بواسطة العميل المشارك فى البرنامج فى بيئة العميل نفسه (Mathews et al., 1981) سواء من خلال مشاركة ممرضة معالجة (Ginsberg and Marks , 1981) . أو قيام أقارب المريض بدور المعالج المشارك (Mathews , et al., 1981) أو بالاتصال التليفونى بين العميل والمعالج (Taylor , 1984) وتفيد كتيبات الارشادات [الدليل] فى توفير العلاج ، الذى يشرف عليه المعالج مثال ذلك فى مخاوف الأماكن المفتوحة (Mathews et al., 1981) . وعلى الرغم من ذلك فإن الشواهد على أن الكتيبات المعدة للمساعدة الذاتية مؤثرة بالقدر نفسه ، الذى يوفره المصدر الوحيد للعلاج مازالت متضاربة (Ghosh et al., 1988 ; Holden et al., 1983) .

طـــول الجلســـات

كان من أهداف بعض البحوث تحديد الطول الذى يتعين أن تكون عليه جلسات الإغراق (Marshall et al., 1979) وغالبًا ما تكون الجلسات التى تستغرق ما بين ٣٠ إلى ٦٠ دقيقة أفضل (Marks , 1987) ، وكثيرا ما اقترح أن يستمر الإغراق فى كل جلسة إلى أن يشعر المريض بأدنى درجة من القلق (Marshall et al. المصدر نفسه) وذلك من خلال التأكيد اللفظى ، الذى يذكره العميل (Gauthier and Marshall , 1977) وقد لا يكون مثل هذا الأكتمال فى خفض القلق ضرورياً (انظر ما يلى فى هذا الجزء) وقد يكون مناسباً نتيجة لذلك أن يقوم المعالج بالأختيار من مجال واسع من المواقف لكل عميل على حدة البند الأكثر احتمالا أن يؤدى إلى شىء ما ، أقل من أقصى مستوى من الكدر . ويمكن توقع أن يؤدى مثل هذا الإجراء إلى خفض القلق فى هذا الموقف خلال فترة مقبولة ، قد تكون ساعة مثلا .

ولسوء الحظ فإن التغيرات فى الكدر من البنود متوسطة الإثارة للتهديد قد تتبع نمطاً مختلفاً عن ذلك الذى لوحظ بالنسبة للمنبهات الأكثر إثارة للتهديد . وكما لوحظ من قبل فى دراسة ماثيوز وشو (١٩٧٣) كانت المواقف الأقل تهديدا تؤدى إلى زيادة فى القلق خلال الفترة نفسها التى يسجل فيها انخفاض الخوف لأكثر الارجاعات شدة . ولحسن الحظ أدى عرض المنبهات المتوسطه فى هذه الدراسة ، على الرغم من ذلك إلى نتائج إيجابية فى العلاج ،أكثر من تلك الناتجة عن العلاج بالتعرض شديد الكثافة .

معدل جلسات التعرض

قد يكون للمعدل المناسب لجلسات الإغراق أهمية هو الأخر ، على الرغم من أن هذه المشكلة حظيت بقدر أقل بكثير من الأهتمام ، الذى حظيت به مشكلة طول الجلسات (Foa et al., 1980) . ويرى هؤلاء المؤلفون ان معدل الجلسات (وهو يومياً فى دراستهم) ، يوفر عائداً أكبر من معدلات العلاج الأقل تكراراً (مرة فى الأسبوع) . وعلى الرغم من ذلك ، فمن المحتمل أن يكون تشجيع العميل على ممارسة التعرض فى المنزل بين الجلسات له قدر مساوٍ من الأهمية .

وتؤدى ملاحظة فوا وزملائه أيضا (ibid.) إلى ضرورة زيادة تكرار الجلسات عند بداية العلاج، وذلك بالنسبة للعملاء من أصحاب الدرجة العالية من الكدر على وجه الخصوص ، الذين يكونون متشائمين من نتائج العلاج ، وهو أمر صحيح مع أولئك العملاء الذين يقولون ، كما يقول أغلب مرضى خواف الأماكن المفتوحة ، أن تشجيع المعالج هو أهم الجوانب المفيدة فى العلاج (Mathews , 1977) .

التعرض للخوف ومنع الاستجابة

أحيانًا ما يكون من الصعب ، وبالأخص عندما يتوقع العميل أن يتكدر بدرجة خطيرة ، كما يحدث فى مواقف الإغراق ، تأكيد ان العميل متنبه تماماً للموقف (Emmelkamp and Van den Hoit , 1983)، وبالتالى فقد يتقدم مريض خوافى من الأماكن المفتوحة خلال برنامج كامل للتعرض ، دون أن يخطو أكثر من قدمين أو ثلاثة إلى الأمام . وقد ينفق كل وقت العلاج متشبثاً بسياج السلم ، أو ملتزما بالسير ملاصقاً للحائط أو المداخل ، وقد يختار متاجر معينة يستهدفها لأنه يوجد بها مخارج متعددة . ومن الممكن أن يظل مثل هذا السلوك إلى ما بعد انتهاء العلاج ، وقد يكون تحسنًا مقارنة بما كان عليه الحال من قبل . ومع ذلك فمن الصعب القول بأن العلاج قد اكتمل ، مالم يكن العميل قد تشجع على التعامل دون هذه الأنشطة.

وتشير الدلائل إلى أن التعرض الفعال يتطلب أن يلقى العميل انتباهه إلى المؤشرات ،التى تستثير الخوف ، وقد يكون من المفيد أيضاً تجربة الصور الذهنية والذكريات ، وتقييم المواقف التى أسهمت فى إحداث هذا الخوف (Marks , 1987 ; Foa and Kozak , 1986) . وبالتالى ، وعلى سبيل المثال ، يتعين على مريض خواف الأماكن المفتوحة الذى سبق وصفه فى الفصل السابع ، أن يتذكر ما حدث له عندما كان محتجزاً فى سيارة متوقفة خلال ازدحام مرورى ، ووجد أن عليه أن يترك سيارته فى هذه الظروف ، وأنه كان خائفاً من أن يُشاهد وهو يجرى بعيداً محدثاً للإضطراب . وبالتالى يوصى ، أيضاً ، بعدم مواصلة السلوك الذى سبق استخدامه فى الماضى لتقليص الخوف ، مثل : السعى للحصول على التأكيدات من العائلة والأصدقاء والأطباء .

وسيكون من المفيد ، بموافقة العميل ، مناقشة هذه النقطة مع أولئك الذين سعى العميل للحصول منهم على التأكيدات ، ولأنه دائما ما يكون من الصعب للغاية على الآخرين أن لا يقدموا أحيانًا هذه التأكيدات نتيجة لطلب العميل المتكرر ، فسيؤدى الأمر لاعتقاد المريض أن الأصرار هو الطريقة التى يحصل بها على التأكيدات ، ومن غير الواضح إذا ما كان يجب الهرب من متطلبات مواقف البرنامج ام لا. مثال ذلك أن يغادر مريض بخواف الأماكن المفتوحة مركزاً للتسوق ، عندما يصبح قلقه غير محتمل ، فهناك عدد من التقارير لا يظهر منها أن مثل هذا الهرب يعوق نجاح العلاج . ويحتمل أن يكون من الضرورى على العميل العودة لتكرار التدريب (Marks and Emmelkamp , 1982) .

مشكلة الخوف المقاوم والقلق المتغلغل (١)

على الرغم من توفر الكثير من الشواهد على أن التعرض مفيد للغاية ، ويؤثر فى إحداث تحسن طويل الأجل فى الخوف (e . g . Munby and Johnston , 1980) فإن بعض المرضى لا يحققون شفاءً كاملا (Emmelkamp and Vanden Hout , 1983 ; Jacobson et al., 1988; Michelson and Marchione , 1991) ، ويوصى بالنسبة لهذ المشكلة وللقلق الاوسع انتشاراً أيضاً بتعلم مهارات توافق أكثر توافقية ، ومؤشرات التحكم فى الاسترخاء ، وتحكم ذاتى فى التسكين ، وتدريب على التعامل مع القلق ، وتطعيم ضد التوتر ، واستخدام تعبيرات خاصة لتحقيق التوافق (Barrios and Shigetoni , 1979) ، واسترخاء تطبيقى (Ost , 1987) ويصبح ذلك مناسباً عندما يكون من الصعب تنظيم تدريب على التعرض ، كما يحدث فى حالات الخوف من الحشرات الطائرة ، والعلاج الطبى ، والعواصف الرعدية أو فى حالة القلق المتغلغل.

جدول (١–٨) : أجراءات تعزيز التعرض التي تطبق في عدة جلسات

جلسات طويله (أكثر من ٣٠ دقيقة) .

معدل الجلسات (أكثر من مرتين أسبوعيا)

انخراط شامل فى الإغراق

اكد حدوث بعض الإثارة ، لكن تجنب الإثارة العالية أثناء التعرض .

حدد واجبات منزلية يتم إنجازها بين الجلسات

أكمل التعرض فى جلسة واحدة (Ost , 1989) .

امنع التجنب وامنع السعى للحصول على التأكيد ... الخ .

نظم جلسات إضافية بعد إكمال العلاج

احصل على تقرير ذاتى حول انخفاض الخوف ، والآثار الفسيولوجية ، والتجنب السلوكى .

التدريب على الاسترخاء

يجب أن يكون الاسترخاء أكثر فعالية مما يطبق به حتى الآن مع التسكين المنظم ،إذا ما تم تبنى محكات أكثر صرامة ؛ لتحديد حالة الاسترخاء ذاتها ، غير أن نجاح التدريب على الاسترخاء فى إحداث خفض للنشاط الفسيولوجى المناسب مازال من غير المؤكد. وبالتالى ففى الحالات التى يؤدى فيها التدريب على الاسترخاء إلى خفض جوهرى فى المحكات الفسيولوجية والذاتية للتوتر ، خلال جلسات التدريب ذاتها، يكون هناك احتمال أنه فعال بوصفه استراتيجية تعامل مع الخوف ، (Greenwood and Benson , 1977) .

ولا يوجد ، لسوء الحظ ، إلا القليل من الدراسات ، التى قامت بفحص تأثير أغلب مهارات التعامل التى سبق الإشارة إليها لدى المرضى الإكلينيكيين . ; (Grimm, 1980 ; Barrios and Shigetmi, 1979 Ram et al., 1981) وحيث كان الاسترخاء استثناءاً واضحاً . مع وجود بعض الدراسات حول تأثيره فى الحالات الأكلينيكية (Glaister , 1982; Ost , 1987)

(1) Generalised Anxiety القلق المعمم أو المتغلغل

ويتضمن التدريب على الاسترخاء ، الذى يوصى به على نطاق واسع ، ممارسة العميل للتوتر ثم إرخاء مجموعات العضلات المختلفة واحدة بعد الأخرى ، إلى أن يصبح قادرا على الاسترخاء والتركيز على الإحساسات المقابلة مع الحد الأدنى من التعزيز ، الذى يقوم به المعالج . (Bernstein and Borkovec, 1973) ، وقد أكدت مراجعة مهمة على أهمية رد فعل (عائد) المعالج حول جودة استرخاء العميل . وقد تكون تعليمات الاسترخاء المسجلة على شرائط غير ذات فائدة بمفردها (Lehrer , 1982) ، وعلى سبيل المثال فإن العائد البيولوجي (١) لرسام الإمكانية الكهربية للعضلة (EMG) (٢) ، وبعض الأنشطة الفسيولوجية الأخرى لا يتضمنان أية فائدة أكبر من الاسترخاء المتدرج ، وقد وجد فقط انخفاض جوهرى فى العائد البيولوجى على رسام كهرباء العضلة ، فى بعض تقارير القلق (Rice and Blanchard , 1982) ويذكر لوبوبيف ولودج (1980) Le Boeuf and Lodge أن لهذه المؤشرات دلالة اكلينيكية ضعيفة . وقد اظهر مرضى القلق الأكلينيكى فى دراستهما انخفاضًا جوهريًا ، حدث بعد ستة عشر جلسة استخدما فيها العائد البيولوجى لرسام العضلة الكهربائى فى التدريب على الاسترخاء ، وذلك فى الدرجات على استبارات سمة القلق (٣) وليس على التقديرات السيكايترية . وعلى أى الاحوال : فإن صدق وثبات هذه التقديرات السيكايترية غير واضح .

التأثيرات المثيرة للكدر فى الاسترخاء التدريجى

يستطيع بعض المفحوصين ، لسوء الحظ ، أن يكونوا قلقين ، وتحدث لهم نوبات هلع خلال الاسترخاء المتدرج ، ربما لأن انتباههم متجه نحو النشاط الجسمى ،الذى اصبحوا قلقين بالفعل منه ،أو لأنهم يشعرون أن الاسترخاء يفقدهم التحكم فى هذه الانشطة ، أو لأنهم يستخدمون الكثير من الجهد وبالتالى يزيد ذلك من استثارتهم ، أو أن الاسترخاء يخفض حدود انطلاق التفكير الانزعاجى لديهم (Heid and Brokovec , 1984) وقد لاحظ لى (Ley (1988 a إمكانية إسهام الإفراط فى التنفس فى إحداث الهلع خلال الاسترخاء ، كما ذكر أن ذلك يمكن أن يستثير أيضا نوبات الهلع الليلى الذى يحدث مع الاسترخاء عند بدء النوم (Ley , 1988 b) وقد اقترح كنوع من العلاج محاولة استخدام أسلوب آخر للاسترخاء مثل التركيز على التخيل بصفة خاصة . وهناك بديل اخر يتمثل فى ممارسة المفحوصين للاسترخاء التدريجى ؛ حتى يصبحوا أقل خوفًا نتيجة للتعرض لمؤشرات إحداث الخوف فى الاسترخاء (Heide and Brokovec , 1984) ويتعين النصح أيضًا بالتأكد من أن المفحوصين يتنفسون بطريقة طبيعية أثناء الاسترخاء ؛ بمعنى أنهم لا يحبسون أنفاسهم أثناء بعض التمرينات ، ثم يخرجونها بإطلاق زفير عميق . ويسهم ذلك فى إحداث إفراط فى التنفس . ويتضمن متوسط التنفس فى المعتاد من ١٤ إلى ١٨ مرة تنفس فى الدقيقة مع حركة المؤشر البيانى (٤)

اعادة التدريب على التنفس

يوصى على نطاق واسع بإعادة التدريب على التنفس ، بهدف استكمال العلاج السلوكى لاضطرابات القلق ، وبالأخص تلك الأضطرابات المرتبطة بنوبات الهلع .Franklin, 1989; Bonn and) Redhead , 1984) ، ولسوء الحظ يوجد عدد من التوصيات المختلفة لإعادة التدريب على التنفس من ذلك:

(1) Biofeedback
(2) Electromyogram
(3) Trait-Anxiety Questionnaires
(4) Diagram

اجعل الشهيق أطول من الزفير ، مع كل مرة من مرات التنفس (مثال ذلك : , Barlow and Carny) 1988 ، اجعل الزفير أطول من الشهيق ;Grossman et al., 1985; Cappo and Holmes, 1984) British Medical Journal , 1978) ، خفض عدد مرات التنفس فى الدقيقة ;Grossman et al., 1985) Hibbert and Chan , 1989) ، زد من حركة المؤشر البيانى وبالأخص أثناء الشهيق Barlow and) Cerny , 1988) وقد لا تسهم صعوبات التنفس فى إحداث نوبات الهلع بالطريقة ، التى كانت معتقدة يوما مًا على نطاق واسع (انظر الفصل السابع) ، وبالتالى فليس من المثير للدهشة أن تكون تأثيرات التدريب على التنفس أصبحت ضعيفة ، وقد لا تزيد عن العلاج باستخدام الأدوية الزائفة (١) ,.Garssmen et al) 1992) ، ويمكن أن تؤدى إعادة التدريب على التنفس إلى أعراض الإفراط فى التنفس لدى بعض المرضى (Fried , 1987) وسيكون مثيراً للسخرية إذا لم يكن الإفراط فى التنفس قد أسهم فى تعرضهم لنوبات الهلع عندئذ . ويمكن استخدام تمارين تنفس مختلفة للمشكلات المختلفة حسبما يلى ، ويتعين أن يؤكد البحث هذه التوصيات ، وبالاضافة إلى ذلك تتولى تجارب الحالة المفرده (٢) اختبار تأثيرات الإجراءات المختلفة على الاعراض ، مثل : تلك التى يتضمنها «إستبار أعراض الهلع » (٣) (انظر الفصل السابع) مما سيكون مناسبا .

بالنسبة لسرعة النبض : وليكن ٩٥ نبضة فى الدقيقة فى حالة الراحة ، تؤدى إطالة الشهيق (شهيق لمدة ثلاث ثوانٍ ، وزفير لمدة ست ثوانٍ فى كل مرة [Cappo and Holmes , 1984] إلى السماح بحدوث الفعل المنعكس الخاص بإبطاء معدل ضربات القلب ، الذى يعمل فقط أثناء الشهيق (British Medical Journal , 1978) .

صعوبة القيام بتنفس كافٍ : قد تكون مقارنة إطالة الشهيق بالزفير مفيده ، وبالأخص إذا كان الشهيق مصحوبا بارتفاع المؤشر البيانى ، ويمكن ملاحظة هذا الأمر إذا كان المفحوص يجلس منحنياً ويده على النصف الاعلى من بطنه ، ويمكن تفسير تمدد المؤشر البيانى بأنه يرجع فى ٥٠ فى المئة منه إلى مقدار الهواء الذى استنشقته الرئتان (Keele et al., 1982) .

بالنسبة للتنفس السريع القليل وليكن بمعدل ٢٢ مره فى الدقيقة : يتم التنفس مع حركة المخطط البيانى ويجرى إبطاؤه حتى يصل إلى ١٨ مرة تنفس فى الدقيقة ، وهو ما سيكون مناسباً .

التحكم فى القلـق

يعتمد التدريب على التحكم فى القلق (Suinn and Richardson , 1971) أساساً على التدريب على الاسترخاء ، ويكمن فى تخيل المفحوص على مدى ساعة كاملة فى كل جلسة لموقف منذر بالقلق ، وتتطلب الجلسة الأخيره أن يتخيل المفحوص مواقف مثيرة للتوتر ، وحيث لا تنتهى الجلسة إلا وقد استعاد المفحوص الاسترخاء . وتكمن الفائدة الأساسية من العلاج فى تعلم العميل تحديد مشاعر القلق والتحكم فى نتائج مثيرات التوتر تخيليا ، وما أن يصبح قادراً على استحضار مثل هذه الصورة الذهنية حتى يصبح قادراً على صرفها ، وممارسة الاسترخاء ، وهو نشاط يفترض أنه غير متوافق مع التوتر والقلق .

(1) Placebo
(2) Single Case experiments
(3) Panic Symptoms Questionnaire

الاسترخاء التطبيقى (١)

يتضمن الاسترخاء التطبيقى (Ost , 1987) عديداً من اجراءات الاسترخاء المختلفة ، وهو يتضمن تدريبا على الآتى : (١) لكى تجعل العميل أكثر وعيا بمشاعر القلق (الإحساسات الفيزيقية على وجه الخصوص) يطلب من العميل أن يحتفظ بسجل يومى لخبراته (٢) درب العميل على الاسترخاء التدريجي للتحرر من التوتر (٣) درب العميل على مجرد الاسترخاء (٤) درب العميل على تحديد مؤشرات للتحكم فى الاسترخاء وركز الانتباه على تنفس العميل ، وعلى المعالج استخدام الفاظ « شهيق » ، «استرخى » ، أثناء التدريب (عندما يبدو أنه لا توجد محاولة لتغيير خصائص التنفس). (٥) التدريب على ممارسة الاسترخاء فى المواقف المتباينة ، سواء فى حالة كون العميل جالساً على مقعد بمساند إلى ممارسته أثناء السير (وينخفض الوقت لتحقيق ذلك من تمرين لآخر) (٦) يمارس الاسترخاء السريع فى المواقف العادية الخالية من التوتر ، ويتحقق ذلك بصورة أسرع وأسرع . (٧) يمارس الاسترخاء بعد ذلك تحت ظروف التوتر فى العيادة ، مثلما يحدث تحت ظروف الإفراط فى التنفس الاختيارى . وقد أُستخدم الاسترخاء التطبيقى كبديل للتعرض (ibid) ، على الرغم من أنه من غير الواضح إذا كان من الأمور العملية استبعاد التعرض خلال الاسترخاء التطبيقى .

التطورات المبكرة في العلاجات المعرفية

أورد رام وزملاءه (Ram et al. (1981 أثار سرد التعبيرات الذاتية لدى اثنى عشر مريضاً ، ممن عانوا من قلق حاد ونوبات هلع غير متوقعة . وقد تخيل العملاء فى العيادة الخبرة المنذرة التى يتعرضون لها ، وقرأوا بطاقات تتضمن إشارات (٢) من قوائم من العبارات الذاتية ، مثل : « أستطيع التعامل مع هذه المشاعر » أو « هذه المشاعر المرعبة لا تعنى أى شىء مفزع يمكن أن يحدث لى » أو « هذه المشاعر الفظيعة ستنتهى كما جاءت » ، وبهذا يمارس العميل فى الواقع خبرة تلقيه تشجيعا للبحث عن أكبر قدر ممكن من المواقف المنذره ، وبينما لم ينخفض القلق العام بصورة جوهرية إلا أن عدد نوبات الهلع انخفض.

وقد لا تتناظر التعبيرات الذاتية تماما مع المعتقدات أو العناصر المعرفية السلبية التى يتبناها العميل . ويحتمل أن تشترك بعض التطورات الأخرى المبكره فى العلاج المعرفى مثل طريقة المقاصد التى تتضمن مفارقات (٣) . (Michelson et al., 1985 ; Michelson and Marchione , 1991) فى هذه الخاصية . ويؤكد العلاج المعرفى الآن على أنه يتعين الكشف عن انشغالات المفحوص الشخصية ؛ حتى يمكن خفض إسهامها فى القلق ، كما يتضح فى المناقشة التالية حول اضطرابات القلق النوعية .

مطابقة أساليب العلاج لاحتياجات العميل

أشار بعض المؤلفين إلى المزايا الممكنة التى تتحقق من المطابقة الأكثر التصاقاً بمتطلبات العميل والعلاجات المتاحة (Emmelkamp and Foa, 1983 ; Barl and Mavissakalian , 1981; ley , 1992) ويوجد نقص ملحوظ فى الدراسات المنشورة للاعتبارات الخاصة بهذه الإمكانية ، فيما يتعلق بعلاج المخاوف والقلق . وهناك أنوا ع من العلاج تطبق على كل المفحوصين ، الذين يكشفون عن خوف معين مثل

---

(1) Applied relaxation
(2) Cue Cards
(3) Paradoxical intention

مخاوف الاماكن المفتوحة دون اعتبارلبقية الخصائص والصعوبات ، التى قد تكون مصاحبة .

وقد ذكر أوست وزملاؤه (Ost et al., 1981; 1982) دراستين ، أعتقد أنهما يحددان ما إذا كان العملاء يكشفون عن اضطرابات فسيولوجية موجوده (فى معدل ضربات القلب) أو كدر نفسى (كما قيمه ملاحظ مستقل) خلال موقف الاختبار السلوكى . وفى كلتا هاتين الدراستين المقتبستين ، كان أحد المريضين يعانى من خواف الأماكن المغلقة (١) (Ost et al., 1981) ، وكان الآخر يعانى من صعوبات اجتماعية (Ost et al., 1982) وقد تحسنت ردود الفعل السلوكية إلى حد كبير على مقاييس القلق عندما عولج العميلان علاجا سلوكيا (تعرض أو تدريب على المهارات الاجتماعية) بقدر أكبر مما حدث عندما كانا يحصلان على تدريب على الاسترخاء وقد أدت المنشطات الفسيولوجية ، أى التدريب على الاسترخاء، التى كان يفترض انها علاجا فسيولوجيا ، إلى نتائج جوهرية أكثر مما تحقق من علاجات لخبرة القلق . وقد تم الحصول على هذه البيانات من خلال مواقف الاختبار السلوكية . وقد أدى كل من العلاجين إلى مزايا جوهرية فى اختبارات الأداء لردود الفعل السلوكية . ولم يكن مثل هذا التحسن ممكنا بالنسبة للارجاع السلوكية . كما أن صعوبة إجراء مثل هذه القياسات بطريقة تتسم بالثبات ، لعلاج محدد سبق الإشارة إليها فى الفصل السابق .

التعامل مع القلق : التحكم فيه والتنبؤ به

بالنسبة لمواقف معينة وهى تلك التى تكون فيها التمرينات الحية من الأمور التى يصعب ترتيبها ، قد تكون المعلومات الدقيقة حول طبيعة الأحداث غير السارة المهدده واحتمال حدوثها من الأمور المفيدة. ويشير ميلر (Miller , 1979; Thompson , 1981) إلى انه إذا قدم فريق الاطباء والمرضين معلومات دقيقة للمرضى ممن هم على وشك التعرض لمعاناة علاج طبى أو جراحى عن الإجراءات ، التى سيتعرضون لها ، فقد يترتب على ذلك أن يعانوا درجة اقل من الكرب ، قبل بدء هذا العلاج وربما أثناءه أيضا .

وإذا تضمنت مثل هذه المعلومات مواد حول التعامل مع الألم ، وكيف يستطيع المريض التحكم فى تقدم العلاج بواسطة مؤشرات معينة ، فيمكن أن يخفض ذلك من شدة الخوف فى طب الأسنان قبل العلاج.(Lindsay and Jackson , 1993) . وقد أوصى دوكوارث وميلر (Dukworth and Miller, 1993) بتقديم المعلومات الدقيقة فى الإجراءات المتعلقة بالمخاوف من ركوب الطائرات . وعلى الرغم من ذلك فقد وجد جيرودو وراؤل (Girodo and Roehl (1978 أن التدريب على التقرير الذاتى له التأثير نفسه.

ويحتمل أن تشكل المعلومات حول نوبات الهلع واعراض القلق جانبًا مهمـا فى علاج القلق ، والكثيرون من مرضى نوبات الهلع لديهم اعتقادات فسيولوجية غير صحيحة ، مثال ذلك أن الكثيرين منهم يعتقدون أن الألم فى الجانب الأيسر من الجسم له أهمية جوهرية فى أمراض القلب ، بينما آلام امراض القلب غالبا ما تنتشر متجهه نحو وسط الصدر ، وكثيرًا ما تكون أيضا فى الذراع الأيمن (Beunderman and Duyvis , 1990)

(1) Claustrophobia

النمذجة والتدريب على المهارات

استخدمت النمذجة (١) او العرض الذى يقدمه مفحوص آخر تعامل مع موقف مكدر ، بوصفها إجراءً تعرضيا ، ويتعين اعتبارها بديلاً اخر للإغراق ، وأحد الأساليب المختلفة عنه على وجه الخصوص هو النمذجة بالمشاركة (٢) (Bandura , 1977) والذى يتطلب من العميل القيام بالسلوك محاكيًا للطريقة التى يقوم بها المعالج ، وقد استخدم هذا الاسلوب على وجه الخصوص فى علاج السلوك القهرى (Rachman and Hudgson , 1980) ، وحيث كان المعالج يقوم بتقديم نموذج غمر يديه فى مواد ملوثة .

ويمكن فى علاج بعض المخاوف الأكلينيكية الاخرى ، وكذلك فى علاج التجنب إضافة النمذجة لبرنامج تعرض حى . مثال ذلك أن إحدى العميلات كانت تخاف من الاختناق أثناء تناول الطعام ، وكانت لا تستطيع تناول أنواع معينة من الطعام ، كانت تعتقد أن الأكثر احتمالاً أنها ستسد قصبتها الهوائية . ويحتمل أن يكون هذا الخوف قد تفاقم نتيجة لكف انقباض المرئ لديها ، كلما حاولت البلع ، ويكمن العلاج فى تناولها الطعام أولا مع المعالج ولأقل المأكولات إثارة للخوف شهراً بعد شهر ، وحيث يتناول معها المعالج الطعام نفسه ، وتستكمل ذلك بتمرينات مشابهة فى البيت .

ويكون إعداد المريض لعلاج جراحى غير مألوف هدفًا مناسبًا للنمذجة ، وهو الأمر الذى استُخدم على نطاق واسع مع الأطفال (Melamed , 1977) . طالما يمكن أن يؤدى عرض فيلم عن الحصول على عينات دم إلى ميزة قبل إجراء جراحة .

وتناسب النمذجة أيضا تعلم المهارات المعقده ، والتى يمكن أن تكون ضرورية للعملاء ، الذين يعانون من القلق فى تقديم أنفسهم فى المواقف الاجتماعية . مثال ذلك يمكن للمعالج أن يقوم بعرض أساليب التواصل البصرى المناسبه والمتغيرات الخاصة بالحديث ، أو عرضها بواسطة عميل آخر فى تجربة (بروفة) داخل العيادة . ومرة أخرى يجب أن يتلو ذلك بعض التعرض الحى لمواقف مثل تلك التى سبق وصفها فى الفصل السابق بواسطة أيميلكمب (١٩٨٢) .

وأخيرًا يتعين بالنسبة لقياس القلق أن يوضع فى الاعتبار ضرورة التدريب على المهارات ، جنبًا الى جنب مع التحكم فى القلق. وقد ناقش الن (1980) Allen الدور الذى يمكن أن تلعبه مهارات الدراسة والإجابة عن الامتحانات فى علاج هذه المشكلة .

العلاج الدوائى

أحيانًا ما يعانى العملاء من الكدر من معاناتهم للقلق ، وبالأخص من يعانون منهم من نوبات الهلع ، لدرجة أنهم يجدون أنه من الصعب المشاركة فى العلاج النفسى . وبالنسبة لهم قد يحققون بعض النفع من محاولة التحكم فى المشكلة ، بواسطة العقاقير مثل « البرازولام » Alprazolam ، وهو أحد «البنزوديزيبنات » Benzodizepine ، وكذلك من انواع معينه من مضادات الاكتئاب منها على وجه الخصوص « الأيميبرامين » imipramine « والكلوميبرامين » Clomipramine اللذان يمكن بهما ضبط نوبات الهلع (Klosko et al., 1990; Marks , 1987; Michelson and Marchione , 1991) غير أن الخطورة تتمثل فى أن نوبات الهلع ستعود بمجرد وقف الدواء (Michelson and Marchione , 1991) ويستطيع بعض العملاء أن يطوروا نوبات هلع ، إذا وجدوا أن عليهم ، مثلا ، ترك المنزل دون تناول الدواء .

---

(1) Modeling
(2) Participant modeling.

وعلى أى الأحوال يتعين إعطاء « البرازولام » Alprazolam لفترة قصيرة فقط ؛ نتيجة لمخاطر السمية والاعتماد (British Medical Association , 1993) .

علاج القلق : اضطرابات نوعية

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمه (1)

جرت خلال السنوات الخمس الماضية فقط محاولات شامله لتحديد فعالية أساليب العلاج المختلفة لأضطراب ضغوط ما بعد الصدمه ، المتعلقة بخبرات أخرى غير خبرة الحرب (Brom et.al , 1989; Foa et al., 1991) وبالتالى فقد حظيت المناقشات حول الأسباب أو المظاهر الخاصة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمه بإمكانية محدودة للتأثير فى تقييم العلاج ، وبالتالى حدث تجاهل للمشكلات ذات النوعية الخاصة مثل التبلد والاغتراب .

وقد تلقى المرضى فى الدراسة ،التى قام بها بروم وزملاؤه (Brom et al. (1989 بعد توزيعهم عشوائياً فى مجموعات ، اما علاجا بالتنويم (٢) أو تسكين الصدمة (٣) أو علاجًا تحليليًا ديناميًا (٤) ، أو ظلوا على قائمة انتظار بلا علاج . وكان هناك ٢١ متغيراً ناتجاً للصدمة (١٠ أعراض كُشف عنها ، ١١ سمة للمرضى ذوى اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة) بما فى ذلك قياسات للتجنب ، واقتحام الصور الذهنية والذكريات . وقد بين تحليل التغاير (٥) بعد إجراء التصحيح الإحصائى للفروق بين المرضى فى مستهل العلاج ، تساوى جميع أساليب العلاج ، من حيث تأثيرها فى مقدار التحسن بالارتفاع عن الحد القاعدى لكل المتغيرات .

وكان الغضب وحده هو المتغير ، الذى لم يتأثر بأى من أساليب العلاج ، وعلى أى الأحوال يبدو من الصعب معرفة أى المتغيرات تأثر - إذا كان هناك متغير معين - بقدر أكبر بوسيلة علاجية أكثر من الأخرى ، كما لم يكن من الواضح أيضًا معرفة أى جانب من جوانب الأساليب المختلفة كان فعالاً أكثر ، أو مقدار التمايز بين أساليب العلاج المختلفة ، وعلى سبيل المثال لم يكن من الواضح معرفة مقدار شيوع أساليب التحكم فى القلق أو التعرض فى كل العلاجات .

وقد تضمنت دراسة قامت بها فوا وزملاؤها (Foa et al. (1991 لضحايا الاغتصاب مقارنة بين التعرض والتطعيم ضد الضغوط (٦) المصحوب بإرشاد تدعيمى ، وبين البقاء على قائمة انتظار دون الحصول على علاج . وكان التطعيم ضد الضغوط عبارة عن حزمه شاملة من اجراءات التحكم فى القلق مشابهة لتلك التى سبق وصفها فى هذا الفصل ، ويتضمن التعرض إعادة إحياء موقف الاغتصاب تخيليا على امتداد سبع جلسات ، تستغرق كل جلسة ساعة يطلب خلالها من المريضة أن تستعيد المشهد عدة مرات ، ثم يطلب من كل مريضة بعد ذلك أن تنصت أثناء وجودها فى بيتها ، لتسجيل صوتى لهذه الجلسات ، وكان عدد المشاركات من المريضات فى كل مجموعة بين ١٠ إلى ١٤ مريضة ، وبالتالى فإن الخروج بتعميمات من هذه النتائج يجب أن يكون بحذر ، وقد أظهرت النتائج على مقياس الأعراض

---

(1) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
(2) Hypnotherapy
(3) Trauma desenesitisation
(4) Psychodynamic
(5) Multivariate analysis of variance
(6) Stress-inculation

الخاصة باضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة والتجنب أن التطعيم ضد الضغوط ، أدى الى تحسن فورى واضح ، كما أظهر هذا الأسلوب ، وكذلك أسلوب العلاج بالتعرض فوائد واضحة ، عند المقارنة التتبعية مع بقية أساليب التدخل الأخرى .

جدول (٢ - ٨) : مكونات العلاج الفعال للخوف والقلق ، وفق ترتيب أهميتها تنازليًا

التعرض للمنبهات المثيرة للخوف (الخارجية والداخلية لدى العميل) .
معلومات حول طبيعة وآثار الخوف .
سحب تاثير المواد المثيرة للقلق .
التدريب على المهارات (الاسترخاء ، التحدى المعرفى ، التنفس ، السلوك الاجتماعى ، العلاج الدوائى) .

ويرى المؤلفون أن التعرض كان اقل تأثيرًا بسبب الخبرة المكدرة للغاية التى يتضمنها إحياء الأحداث الصادمة . ولهذا فإن المؤلفين يقترحون مزيجًا من التطعيم ضد الضغوط والتعرض .

وفى ضوء هذه الدراسة ودراسات اخرى (مثال ذلك Mc Farlane , 1989)، يمكن التوصية بالآتى فى علاج اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة .

١ - القيام بتعرض تخيلى للصور الذهنية والذكريات الخاصة بالحدث الصادم ؛ بهدف خفض أعراض الاقتحام على وجه الخصوص ، ويعد عمليًا هنا إجراء تعرض حى للمنبهات المرتبطة بالكدر .

٢ - يستخدم أسلوب التحكم فى القلق ، حسبما نوقش فى الأقسام السابقة من هذا الفصل .

٣ - القيام بعلاج معرفى (انظر Bradley الفصل السادس) لخفض الشعور بالذنب ، والاكتئاب والاغتراب والتبلد .

ولا تبدو أساليب التدخل الأخرى الممكنة ، مثل جماعات المساندة التى تتشكل من المرضى الأخرين واضحة القيمة ، ومن خبرة الباحث الحالى .. فإن ذلك يمكن أن يستثير الكدر ، دون أن يحل المشكلات . وقد ذكر موس (1991) Muss فى تقرير له أنه حقق نجاحًا سريعًا ، باستخدام أسلوب استرجاعى (١) ، غير أن تفاصيل هذا الاسلوب غير واضحة .

وأخيرًا يتعين ملاحظة عدد من المحاذير . أولاً : كثيرًا ما يجد ضحايا اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة أنه من الصعب بالنسبة لهم قبول المساعده ؛ لأنهم يقاومون الاعتراف بأن لديهم صعوبات نفسية ، معتقدين أن هناك آخرين يستحقون اللوم (أى الطرف الذى يجب أن يسأل قانونا عن الفعل) أو بسبب الشعور بالاغتراب . وفقدان المعنويات نحو كل جوانب حياتهم . ثانيا : يحتمل أن يستفيد مرضى الاعتداء الجنسى من المعالج من الجنس نفسه (انظر علاج ضحايا الاستغلال الجنسى Bradly الفصل السادس) ثالثاً : فى ضوء المقترحات المذكورة فيما سبق حول العوامل ، التى يمكن أن تؤدى للانتكاس ، يتعين النصح بتجنب التعرض للخبرات المثيرة لقدر كبير من الكدر ، ومع ذلك فهناك دلائل كثيرة مستمدة من

(1) Rewind technique

دراسات المتابعة لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، تحتاج لاختبار ذلك .

اضطرابات الهلع

يحتمل أن يتطلب العلاج الفعال للمرضى الذين يعانون من نوبات الهلع (فى اضطرابات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة وبعض المخاوف الأخرى) بعض أشكال العلاج المعرفى من النوع الذى يحدد الانشغالات الشخصية لكل مريض ، حول خبراته الهلعية ويتحداها (e . g . Salkovskis et al., 1991; Barlow et.al , 1989) ويمكن للتدريب على الاسترخاء والتنفس أن يساعد بدون علاج معرفى ، ومع ذلك فإن هذا الأمر موضوع لجدل ، ويمكن بالتالى أن يتأثر نتيجة لحالات التحسن الناتجة عن التميز بين المرضى الذين يكون هلعهم نتيجة لصعوبات تنفسية ، وأولئك الذين يتأثرون بعوامل معرفية (Ley , 1992). ويحتمل أن يكون بارلو وكيرنى Barlow and Cerny (1988) هما اللذان كتبا أشمل وصف للعلاج على الرغم من أن التقييم الحديث لتأثيرات التنفس على الهلع ، يجب أن يعدل من توصياتهم الخاصة بتدريبات التنفس (انظر القسم الخاص بالتدريب على التنفس ص ٢١٠) .

وفى ضوء نتائج الدراسات التى أشير اليها ، فإن التوصيات الخاصة بالعلاج هى الآتى :

١ – يحتمل أن يكون من المهم الاعتراف مع العميل أن لديه مشكلة خطيرة ، وأنه يعانى من نوبات هلع ، ويلاحظ أن الكثيرين من المرضى يسعون للحصول على نصيحة طبية ، لمجرد ان يطمئنوا أنه لا يوجد شىء ما خطأ فيهم .

٢ – من خلال التسجيل اليومى الذى يقوم به المريض فى مذكراته عن نوبات الهلع ، يتعين فحص الأفكار المقترنة بكل نوبة ، لتحديد تلك التى يبدو أنها تسبب أكبر قدر من الكدر (وقد تكون كالآتى : لا توجد لدى أية سيطرة على الهلع ، وهو يأتى فجاءة ، ولا أستطيع أن أكون مستعدا له ، وهو يبدو مثل الذى أقرأه عن النوبات القلبية ، أنا أعيش بمفردى ، ولا يوجد أحد هنا يعرف ما هو الخطأ أو كيف يساعدنى) .

٣ – يتعين مناقشة أساليب مواجهة أكثر هذه الافكار إثارة للكدر مع المريض .

٤ – بالنسبة للهلع الليلى، يستخدم أسلوب التحكم فى المنبه (انظر Lindsay الفصل ٣١) .

وقد تكون كل هذه الخطوات صعبة فى البداية بالنسبة للمرضى ، اللذين اعتادوا زيارة الأطباء؛ استجابة لنوبات الهلع فى محاولة للبحث عن نصيحة ومعلومات إيجابية .

ويمكن تحديد عدد من طرق المواجهة الممكنة ، وقد تكون الدلائل على عدم اعتلال الصحة واضحة فى نمط الحياة الخاصة للمريض ، وعلامات اللياقة البدنية والتاريخ الأسرى ، كما يمكن مواجهة الدلائل على أن نوبات الهلع مما لا يمكن التنبوء بها ، وتحدى هذه الدلائل من خلال تسجيل نوبات الهلع واقترانها بمتغيرات مثل الوقت من النهار ، وتناول الطعام وبعض المواد الأخرى (انظر الفصل السابع) .

مثال ذلك أنه يتعين ملاحظة أن معظم النوبات تحدث فى الساعات القليلة التالية للاستيقاظ وبعد تناول القليل من القهوة الساده . وحيث يكون المريض شديد النشاط ومستعداً لمصاحبة أطفاله إلى المدرسة. والأدلة على أن سبب النوبات لا يمكن التنبوء به يمكن دحضها بواسطة اختبار الإفراط فى التنفس (انظر الفصل السابع) . وإذا أظهر الاختبار أعراضاً مشابهة لتلك التى تحدث فى حالات الهلع، فيمكن استخدامها للتوضيح للمريض أنه لن ينهار نتيجة لها ، وأن الأعراض ستزول بسرعة .

وبالنسبة للأشخاص الأسوياء .. فإن الأعراض التى تستثار بالإفراط التطوعى فى التنفس ، يمكن أن تضعف حدتها مع الإفراط فى التنفس لعدة دقائق أخرى ، أكثر من الدقيقتين أو الثلاث الضرورية لإحداث الأعراض (Hout et al., 1990) وهو إجراء منهك .

ويلاحظ أن أحداً من المفحوصين لم يفقد الوعى خلال الدراسة ، وهو الأمر الذى يتسق مع المعلومات حول الإفراط فى التنفس ، وبالتالى قد يكون من الممكن جعل المرضى يشاهدون أن أعراض الإفراط فى التنفس تختفى ، مهما كان طول الفترة التى يفرطون خلالها فى التنفس . ومع ذلك فإن هذا الأمر سيظل فى حاجة للتأكيد بالنسبة للمرضى ، من أصحاب اضطراب الهلع .

ويمكن تقديم الأدلة حول إمكانية التحكم فى الأعراض ، من خلال اختبار تالٍ للإفراط فى التنفس، والذى يقوم المريض فيه بالتنفس فى كيس ورقى يغطى الفم والأنف . ويسمح ذلك للمريض بإعادة تنفس ثانى أوكسيد الكربون (CO2) المستنزف ، والذى يتسبب نقصه فى الأعراض . ومما يثير السخرية أنه قد تبين أن الأعراض التى حدثت بهذه الطريقة يمكن أن تنخفض إذا سمح للمفحوصين أن يتنفسوا هواء الحجرة العادى ، معتقدين أنهم إنما يتنفسون أنفاسهم الخالية من الأوكسجين ، وقد تحقق ذلك من خلال جعل نظام كيس التنفس الورقى نافذاً على هواء الحجرة (Hout et al. , 1988) .. ويمكن ، لهذا التأثير الزائف ، أن يكون فعالا فى التحكم فى أعراض نوبات الهلع عندما تحدث حتى إذا لم يكن الإفراط فى التنفس قد أسهم فى إحداث الهلع . ومن الوسائل الأخرى للسيطرة على نوبات الهلع أساليب التدخل العصبى لخفض الزيادة فى معدل ضربات القلب، والتى وصفها سارتورى واولاجيد Sartory and Olajide (1988) ، وهى تتضمن تدليك الشريان السباتى (١) لتنشيط المستقبلات ذات الحساسية لضغط الدم .

وتؤدى المناقشة أيضاً الى ضرورة أن يقوم المرضى بالعمل للتحكم والتنبوء بالنوبات واختبار الدلائل المتعلقة بالهلع . ويتعين أن يكمن ذلك فى القيام بتدريبات بطريقة منظمة ، وتحت إشراف بهدف زيادة اللياقة البدنية ، وزيادة مقاومة سوء الصحة ، ولكى يبرهنوا أنهم فى صحة جيدة .

ويمكن التعامل مع انشغال المريض بكون الآخرين غير متفهمين لما يحدث له أثناء الهلع ، من خلال موافقة المريض على تجربة إخبار الأخرين عن نوبات هلعة . وقد استطاع أحد المرضى إخبار صديقته ثم إخبار أشخاص غرباء عنه . وقد حدث هذا الأمر الأخير أثناء نوبة هلع ، تعرض لها وهو على دراجته البخارية ، عندما طلب من أحد رجال الشرطة أن يمسك دراجته أثناء قيامه بالتنفس من كيس ورقى ، وقد تحسن المريض نتيجة للاستجابة الهادئة المعاونة من رجل الشرطة . وفى ضوء المحاذير التى ذكرت من قبل يتعين التفكير فى السيطرة على الأعراض بواسطة ممارسة الاسترخاء والتنفس ، ويسعى الكثير من المرضى للحصول على نصيحة المعالج حول تنفسهم ، وبالأخص إذا كانت لديهم صعوبة فى التنفس أثناء نوبة الهلع .

وأخيراً فإنه يمكن ترتيب تمرينات التعرض مثلاً بواسطة الممارسة المتكررة للإفراط فى التنفس ، ويجد الكثير من المرضى أن الإفراط فى التنفس يعد إشارة منذرة منذ البداية ، حتى أنهم بالكاد يستطيعون تحمله لفترة تقل عن دقيقة ، ويمكن ترتيب بعض تدريبات التعرض الأخرى ، بواسطة تمرينات رياضية نشطه – تعرض المرضى للهث والشعور بتسارع نبضهم ، وأخيراً فقد ساندت دراسة حديثة ذات قيمة أهمية مساعدة الشخص لنفسه ، من خلال كتاب منشور ، يوفر توجيهات مشابهة لما سبق ذكره (Gould et al. , 1993)

(1) Carotid arteries

المخاوف الاجتماعية

بينما ينظر على نطاق واسع إلى التعرض للمواقف المثيرة للقلق باعتباره عاملاً مهماً فى العلاج النفسى للمخاوف الاجتماعية ، إلا أن هناك صعوبات تقوم فى وجه الاستفادة من تأثير هذا الأمر (Butler , 1985) . فالمواقف الاجتماعية مثل الحفلات ، واجتماعات العمل ، والمواجهات العرضية مع الناس فى الأماكن العامة شديدة التغاير ، وتقل إمكانية التنبوء بها ، مقارنة بالمواقف التى تستخدم بصورة نمطية فى علاج خواف الأماكن المفتوحة ، مثال ذلك أن الجوانب المهمة فى المواقف المذكورة مثل مواجهة مندوب مبيعات أو إبلاغه بشكوى يمكن أن تؤجل بصورة غير مناسبة ، أو تتكرر للسماح بقدر أكبر من التغير فى القلق (انظر شكل ١-٨) خلال الجلسات أو بعدها ، وقد أدى التطور فى العلاج المعرفى للمخاوف الاجتماعية (Butler , 1989; Mattick and Pelers , 1988) لاقتراح إجراءات إضافية كالآتى :

١ - القيام بتجربة (بروفة) للقاءات الاجتماعية والمناقشات .

٢ - التحكم فى أعراض القلق بواسطة السيطرة على القلق .

٣ - تعديل السلوك الاجتماعى وممارسته (انظر Spense الفصل ١٢) .

٤ - تسجيل ومواجهة الأفكار السلبية .

وكثيراً ما تتطلب أهداف العلاج القيام بتحويل انتباه المرضى بعيداً عن حالتهم الداخلية ، وتحدى اعتقادهم أنهم تحت عيون معادية تتفحصهم عن قرب ، ونقد صامت من بقية الناس ، ودائماً ما يطبق مرضى الخواف الاجتماعى معايير صارمة على سلوكهم ، لايمكنهم تطبيقها على الآخرين (Hope et al., 1989) وعلى الرغم من ذلك ، فإن مقارنة مرضى المخاوف الاجتماعية بالمرضى الذين يعانون من اضطراب القلق المتغلغل أدى إلى التشكيك فى فكرة أن الآخرين دائماً ما يخفون أفكارهم ، حول تقييم الآخرين لهم (Stopa and Clark , 1993 ; Tuner et al ., 1987) .

وتوضح النماذج الآتية بعض المناحى المفضلة فى البحوث الحديثة لعلاج المخاوف الاجتماعية :

«ب» رجل فى الخامسة والعشرين من العمر ، كثيراً ما يعانى من نوبات هلع خلال الاجتماعات ، وبالأخص أثناء المناقشات مع النساء الشابات ، اللاتى يشعر بجاذبية نحوهن ، وهو يشكو خلال نوبات الهلع من الارتجاف ، وتصبب العرق ، وصعوبة التنفس على الخصوص ، وهو يعتقد أن الآخرين يلحظون ارتجافه ، ويحاول علاج الموقف بأن يظل صامتاً ؛ مما يجعله يظن أن الآخرين سيعتقدون أنه غبى ويفتقر إلى الذكاء ، وهو الأمر الذى يعرف أنه غير صحيح فى ضوء أنه كان طالباً فى الجامعة ، وقد أدمن الكحول فى الماضى لكى يقوى من ثقته فى مثل هذه المواقف ، غير أن إدمانه للكحول أسهم لسوء الحظ فى تخريب مستقبله كطالب .

واستقر الرأى على أن التمارين المتكررة على المواجهة الاجتماعية ، ستساعد «ب» على بناء قدرته على تحمل المناقشات ، وستساعده على تطوير المهارات اللازمة لظهوره بمظهر القادر فى حضور النساء الشابات . ونظر لشغفه بالرسم والفنون الحربية ، فقد قرر الالتحاق بدوره لدراسة الفن خمس مرات اسبوعيا ، كما اشترك فى تدريبات رياضة الجودو . وقد تعزز التعرض فى فصل دراسة الفن ؛ نتيجة لجلوسه خلال راحات الغذاء ، بجوار رجال آخرين فى بدأية الأمر ثم بجوار نساء بعد ذلك ، ممن لم يكن يجذبنه على وجه الخصوص ، ثم إلى جانب نساء جذابات بعد ذلك من القريبات له فى العمر .

ولمعالجة مخاطر الارتجاف أثناء تناول الطعام ، برز السؤال التالى : « كيف أتصرف » ؟ وهو سؤال واقعى ، اتضح من التسجيلات اليومية التى يقوم بها فى مفكرته . وقد أمكن استخلاص أنه يتعين على «ب» ان يختار انواعًا معينة من الطعام ، والتى لن يتعرض تناولها للتأثر ، إذا حدث وارتجف . ولسوء الحظ لم يكن يستطيع أن يوفر لنفسه أكثر من الحساء ، الذى إذا تناوله بالمعلقة .. فإنه سينسكب إذا كان يرتجف ، بالإضافة إلى ذلك فستصطك الملعقة بأسنانه محدثة صوتًا ، وعلى هذا أصبح على « ب» إما أن يستخدم يديه معا لتوصيل الملعقة إلى فمه أو أن يستخدم يده غير المفضله ، وهما الأمران اللذين يعنيان اعتقاده أنه سيبدو عاجزًا ، وبالتالى يلفت الأنظار لصعوباته .

نتيجة لهذا تقرر أن يطلب الحساء فى فنجان بحيث يمكن أن يمسكه بكلتا يديه ، وحيث تكون هناك مخاطر ضئيلة لأن ينسكب . وعلى الرغم من ذلك ، فقد تقرر أنه يستطيع أن يختار فى أول وجبة طعامًا سهلاً ، تفاحة مثلا قبل أن يحاول تناول الحساء ، واستطاع المثابرة بهذه الطريقة متجاوزًا نوبتى هلع أثناء وجوده وسط صحبة ، قبل أن تتوقف النوبات تمامًا فى فصل الفن .

وقد تم عمل تجربة (بروفة) للنقاش فى موضوعات محتملة ، فى ضوء مدى مناسبتها للنقاش وسط مجموعة ، وقد استكمل هذا الإجراء مع مواجهة معتقداته ، حول أن ارتجافه سيؤدى إلى ظهوره بمظهر الغبى . ومواجهة فكرته أنه يبالغ فى تأكيد تأثير ارتجافة ؛ بما لايؤدى الى طمأنينته تماما . وقد اتفق على أن ارتجافه من الأمور المحيرة وغير المحدده بالنسبة للناس ، الذين لا يفهمون . وعلى الرغم من ذلك فقد وافق على أنه سيكون من المفيد أن يكشف عن صعوبته لإحدى النساء الأكبر عمرًا من زميلاته فى الفصل ، والتى يعتقد أنها ستفهم وتتعاطف . وقد تم مواجهة تأثير مشكلته ، من خلال سعيه لمعرفة صفاته ومزاياه التى يمكن أن تكون جذابة ، والتى يمكن أن تحدث توازنًا مع ارتجافه وسط الناس . وقد اتضح بشكل واقعى أن لديه حسًا فكاهيًا وأنه قادر على إضحاك الناس عندما يكون مسترخيًا . واتفق على أن تدبر القلق سيكون مفيدا فى الإقلال من الاعراض التى يخشاها . وقد تم ممارسة ذلك طبقا للوصف ، الذى سبق تقديمه فى هذا الفصل .

وبحصوله على بعض النجاح فى هذا ، عالج قلقه فى فصل الفن . وقرر «ب» الالتحاق باجتماعات معالجة ادمان الكحول ؛ لكى يزيد من خبرته فى معالجة الخوف الاجتماعى وليساعده ذلك على خفض تعاطيه الكحول . وقد كشف أول اجتماع حضره عن صعوبة التحكم عند التعرض للمواقف الاجتماعية ، إذ كان على كل عضو فى المجموعة المكونة من ثلاثين رجلاً ، أن يقدم نفسه الواحد بعد الآخر بالترتيب ، وان يعلن عن شربه للخمر ، وكان « ب» هو الأخير ، وأصبح أكثر وأشد قلقا مع اقتراب دوره فى الحديث ، وفى الاجتماعات التالية رتب أمره ليكون قرب البداية .

القلق المتغلغل

لا يوجد الكثير من الدراسات حول العلاج النفسى للقلق المتغلغل . والأكثر من ذلك أن تأثيرات العلاج النفسى له لم تكن مثيرة للإعجاب (Butler et al ., 1991) . ويحتمل أن يكون أكثر أساليب العلاج النفسى نجاحًا هو العلاج المعرفى . (المرجع نفسه ,.Borkovc et al ., 1987; Butler et al) ، وهو العلاج الذى يستخدم فيه التسجيل اليومى لانشغالات المريض والانفعالات المقترنة بها مثل القلق ، وذلك بهدف تشجيع المرضى على القيام بأدوار أقل سلبية ، وعلى تحدى ومواجهة انشغالاتهم بمجرد ظهورها . (انظر Bradly الفصل السادس) .

ويحتمل أن يكون العلاج المعرفى السلوكى أكثر نجاحاً من العلاج بالبنزوديازبينات benzodiaze-pines (Power et al. , 1990) .

ولنضع فى اعتبارنا الحالة الآتية على سبيل المثال :

«س» رجل فى الثانية والثلاثين من العمر ، حاصل على درجة جامعية فى الكيمياء ، خاب أمله فى العمل كيميائى صناعى فى إحدى الشركات متعدده الجنسيات . قام بدراسة على نفقته الخاصة فى ترميم وإصلاح قطع الأثاث . ولسوء الحظ أنه تعرض بعد ذلك لما يعد جزئيا بمثابة مرض اكتئابى ، كان يتعرض من خلاله لنوبات هلع وصعوبات متكررة فى النوم (أرق الاستمرار فى النوم) ، وأصبح غير قادر على البحث عن عمل فى مجال ترميم وأصلاح الأثاث لاستكمال متطلبات الدوره الدراسية ، وذلك نتيجة للأزمة فى ثقته فى نفسه ، وبالإضافة إلى ذلك فقد تركته زوجته ، وأصبح خائفًا من أن يصبح غير قادر على إقامة أية علاقة دائمة .

وقد عبر فى المقابلة الأولى عن وابل من القلق حول عدم قدرته على العمل كمرمم ، وعن كونه بلازواج ، وعن الوظائف التى حاول الحصول عليها ، والتى ظهر أنها مليئة بالعيوب والنقائص ، وعن صعوباته فى النوم التى تذكره بمرضه الاكتئابى القديم . وكان هذا السيل المتدفق من القلق ، الذى لم يتم فحصه ، يؤدى به لأن يصبح على وشك البكاء ، ومشوش الفكر وغير متماسك .

وعند فحص حالته الراهنة فى مقابلة شخصية تاليه ، أظهرت مقابلة سيكايترية بحثية وجود الكدر لديه بطريقة مشابهة .

وكانت الخطوات الأولى فى العلاج هى أن يوافق على وضع جدول أعمال فى أول كل جلسة، يتضمن البنود التى يجب مناقشتها . وأن يقوم بالإضافة إلى ذلك بممارسة مؤشرات التحكم فى الاسترخاء للمساعدة على خفض دوره القلق فى الجلسات ، وأن يمارسها قبل النوم للمساعدة فى بدء النوم أيضاً .

واستخدم أسلوب القيام بمهمة مشتتة فى الجلسات ، مثل أن يذكر أسماء الأشياء الموجودة بالحجرة ، والتى يبدأ اسمها بحرف «E» ، وذلك بهدف الحد من عملية تزايد القلق فى جلسات العلاج الأولى .

وتم تبديد التغلغل المنتشر من خلال التسجيلات اليومية للأفكار السلبية لدى المريض ، مثل «أنا أفتقر إلى الثقة فى كل شىء » ، وذلك من خلال وضع بنود لمجالات الاهتمام ، وقد أظهرت التسجيلات اليومية أن كون المريض غير قادر على القيام بأعمال الترميم ، كان وراء أغلب ما لديه من قلق . وقد أكد ذلك للمريض أنه قد أنفق الوقت والمال بلا طائل ، وأنه ارتكب خطئاً بتركه لوظيفة مأمونة . وكان ذلك بالنسبة له بمثابة دليل على فشله فى مواجهة تحديات حياته ، وأظهرت تسجيلات أخرى أنه يعتقد أن كل زملائه فى الدورة التدريبية على الترميم لديهم عمل : وهو دليل آخر على عدم كفاءته طوال حياته ، وقد أظهرت هذه التسجيلات أيضا أنه يتوقع أن يصبح كفئا فى كل الأعمال فور قيامه بها . وقد أمكن مواجهة هذه المعتقدات بسؤاله عن كيف يشعر خريج آخر ، ليس له الخبرة فى أعمال الترميم غير المألوفة . وما الخطوات التى يمكن أن يقوم بها مثل هذا الشخص ، عندما يواجه عملا غير مألوف ؟ فاقترح أنه يجب أن يبحث عن المعلومات فى الكتب ، ولدى المرممين الآخرين والزملاء ، الذين كانوا معه فى الدورة ، ممن كانوا على علاقة وثيقة به .

ما هى الخطوات الاخرى التى يمكن اتخاذها لاكتساب الثقة فى الترميم ؟ اقترح على «س» ان يقوم بالأعمال التى تحتاج لأقل المتطلبات من مهارته فى البداية وحيث لاتكون النتائج شديدة الأهمية بالنسبة لصاحب الأثاثات . وقد سئل عن كيف يمكن أن يجد الوسائل ، التى يحصل من خلالها على الخبرة وفقًا لهذا المخطط ، وكانت الإجابة هى القيام بعمليات الترميم السهلة للأصدقاء بأقل التكاليف بالنسبة لهم ، وهو ماكان خطوته الأولى . وكان أعلى مستوى للقلق الذى سجله فى قيامه بهذه الاعمال مرتبطًا بالاعتقاد أنه قد يقع فى أخطاء ، تنتهى إلى تلف دائم فى الأثاثات . وقد تمت مواجهة هذه الأفكار بالتساؤل عما إذا كان يبالغ فى تقدير احتمالات حدوث كارثة . وقد وافق « س» على أن ذلك ممكن ، إلا أن مثل هذا الخطأ يمكن أن تكون له مترتبات خطيرة . ما هى الخطوات إذًا التى يتعين بالتالى أن يقوم بها للأقلال من هذه المخاطره ؟ وقد اقترح عليه القيام باختبارات للأجزاء غير الواضحة فى الاثاثات . ووضعت التحديات التالية لهذا بسؤاله عن المعايير التى يمكن أن يتوقعها العملاء ، وهل وضع هو معايير أعلى من تلك التى يتوقعها العملاء . وكيف يمكنه أن يكتشف ذلك ؟

وكانت الهموم المقترنة بالمواجهات الاجتماعية مثل مقابلة العملاء ، وبالأخص عند تقدير التكلفة والاتفاق على سداد المطلوب ومواعيد التسليم ، والتى كانت جميعها موضوعات لمقابلات شخصية للعمل . وهى ما تم معالجته من خلال تجربة (بروفة) ومناقشة لأى الأفعال عليه القيام بها للأمور الممكنة المقترنة بها .

وكان يلى الأيام التى يكون القلق فيها شديداً صعوبات فى النوم ، وهو ماكان يؤدى لزيادة انشغاله بتوقع معاناته من الأرق ، وهو الأمر الذى كان يسبب له الكدر على وجه الخصوص فى بداية مرضه – وعلى الرغم من ذلك فبعلاج قلقه اليومى بنجاح ، أصبح يبحث عن مجالات تقديم خدماته كمرمم، وأصبح أكثر جرأه فى السعى إلى العمل . وقد صاحب ذلك انخفاض فى القلق كما ظهر على بطارية بيك للأكتئاب . وأصبح نومه أفضل كما سجل ذلك بنفسه ، وباقتراب العلاج من نهايته ؛ تمكن من الإعلان عن خدماته الفنية فى المعارض وفى محلات بيع الأثاثات الأثرية ، وظهر هذا التحسن أكثر وضوحاً فى علاقة تتسم بقدر أكبر من الاسترخاء مع صديقته .

المخاوف الفسيولوجية

كان التعرض التدريجى لمنبهات مثل قراءة كلمة « دم » ، ومشاهدة شريط فيديو لعملية جراحية ناجحا فى علاج المخاوف من الدم والجروح ، وحيث يكون فقدان الوعى (الإغماء) أحد تعقيدات الموقف (مثال ذلك : Yule and Fernando , 1980) كما استخدم توتر العضلات بهدف زياده تدفق الدم لتأخير الإغماء لدى المرضى ، الذين يعانون من مثل هذا التعرض (Foulds et al., 1990) وبالمثل عولج الخوف الذى يعوق التبول باسلوب التعرض (Marks , 1981) كما عولج بالطريقة نفسها الخوف من الاختناق أثناء تناول الطعام (انظر القسم الخاص بالنمذجة ، والتدريب على المهارات ص ٢١٤) .

References

Allen, G. J. (1980) 'The behavioral treatment of test anxiety: therapeutic innovations and emerging conceptual challenges', in M. Hersen, R. H. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification 9*, New York: Academic Press.

Bandura, A. (1977) 'Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review* 84: 191–215.

Bandura, A., Blanchard, E. B. and Ritter, B. (1969) 'Relative efficacy of desensitisation and modelling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes', *Journal of Personality and Social Psychology* 13: 173–99.

Barlow, D. and Cerny, J. A. (1988) *The Psychological Treatment of Panic*, New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. and Mavissakalian, M. (1981) 'Directions in the assessment and treatment of phobia: the next decade', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia, Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. and Klosko, J. S. (1989) 'Behavioral treatment of panic disorder', *Behavior Therapy* 20: 261–82.

Barrios, B. A. and Shigetomi, C. C. (1979) 'Coping-skills training for the management of anxiety: a critical review', *Behavior Therapy* 10: 491–522.

Bernstein, D. A. and Borkovec, T. D. (1973) *Progressive Relaxation Training*, Champaign, Ill.: Research Press.

Beunderman, R. and Duyvis, D. J. (1990) 'Cardiac phobia', in A. A. Kaptein, H. M. van der Ploeg, B. Garssen, P. J. G. Schreurs and R. Beunderman (eds) *Behavioural Medicine. Psychological Treatment of Somatic Disorders*, Chichester: Wiley.

Bonn, J. A. and Redhead, C. P. A. (1984) 'Enhanced adaptive behavioural response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining', *Lancet* (September): 665–9.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. and Nelson, R. (1987) 'The effects of relaxation training with cognitive or non-directive therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalised anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 883–8.

Brewin, C. R. (1988) *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*, London: Erlbaum.

British Medical Association and the Pharmaceutical Society of Great Britain (1993) *British National Formulary*, London: BMA & PSGB.

British Medical Journal (1978) 'Breathing and control of heart rate', *British Medical Journal* 2: 1663–4.

Brom, D., Kleber, R. J. and Defares, P. B. (1989) 'Brief psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 607–12.

Butler, G. (1985) 'Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties', *Behaviour Research and Therapy* 23: 651–7.

Butler, G. (1989) 'Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia', *Clinical Psychology Review* 9: 91–107.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. and Gelder, M. (1991) 'Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalised anxiety disorder', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 167–75.

Cappo, B. M. and Holmes, D. S. (1984) 'The utility of prolonged respiratory exhalation for reducing physiological and psychological arousal in non-threatening and threatening situations', *Journal of Psychosomatic Research* 28: 265–73.

Chambless, D. L., Foa, E. B., Groves, G. A. and Goldstein, A. J. (1980) 'Flooding with Brevital in the treatment of agoraphobia: countereffective?' *Behaviour Research and Therapy* 17: 243–51.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M. and Chalkley, A. J. (1985) 'Respiratory control as a treatment for panic attacks', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 16: 23–30.

Cormack, M. A., Owens, R. G. and Dewey, M. E. (1989) *Reducing Benzodiazepine Consumption. Psychological Contributions to General Practice*, New York: Springer-Verlag.

Duckworth, T. and Miller, D. (1983) *Flying without Fear*, London: Sheldon Press.

Ellis, A. (1979) 'A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure in vivo', *Behaviour Research and Therapy* 17: 162–4.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Theory, Research and Practice*, New York: Plenum Press.

Emmelkamp, P. M. G. and Foa, E. B. (1983) 'Failures are a challenge', in P. M. G. Emmelkamp and E. B. Foa (eds) *Failures in Behaviour Therapy*, New York: Wiley.

Emmelkamp, P. M. G. and Wessels, H. (1975) 'Flooding in imagination v. flooding in vivo: a comparison with agoraphobics', *Behaviour Research and Therapy* 13: 7–15.

Emmelkamp, P. M. G. and Van den Hout, A. (1983) 'Failures in treating agoraphobia', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P., Vissia, E. and Van Der Helm, M. (1985) 'Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioural interventions', *Behaviour Research and Therapy* 23: 365–70.

Foa, E. B. and Chambless, D. L. (1978) 'Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery' *Behaviour Research and Therapy* 16: 391–9.

Foa, E. B. and Kozak, M. (1986) 'Emotional processing of fear', *Psychological Bulletin* 99: 20–35.

Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. and Payne, L. L. (1980) 'Massed v spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 18: 333–8.

Foa E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. and Murdock, T. B. (1991) 'Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 715–23.

Foulds, J., Wiedman, K., Patterson, J. and Brooks, N. (1990) 'The effects of muscle tension on cerebral circulation in blood-phobic and non-phobic subjects', *Behaviour Research and Therapy* 28: 481–6.

Franklin, J. A. (1989) 'A 6-year follow-up of the effectiveness of respiratory retraining, in-situ isometric relaxation and cognitive modification in the treatment of agoraphobia', *Behavior Modification* 13: 139–67.

Fraser, D., Peterkin, G. S. D., Gamsu, C. V. and Baldwin, P. J. (1990) 'Benzodiazepine withdrawal: a pilot comparison of three methods', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 230–3.

Fried, R. (1987) *The Hyperventilation Syndrome. Research and Clinical Treatment*, Baltimore: John Hopkins Press.

Garssen, B., Ruiter, C. d. and Dyck, R. v. (1992) 'Breathing retraining: a rational placebo?', *Clinical Psychology Review* 12: 141–54.

Gauthier, J. and Marshall, W. L. (1977) 'The determination of optimal exposure to phobic stimuli flooding therapy', *Behaviour Research and Therapy* 15: 403–10.

Gelder, M. (1975) 'Flooding: results and problems from a new treatment for anxiety', in T. Thompson and W. S. Dockens (eds) *Applications of Behaviour Modification*, New York: Academic Press.

Ghosh, A., Marks, I. and Carr, A. C. (1988) 'Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias', *British Journal of Psychiatry* 152: 234–38.

Ginsberg, G. and Marks, I. (1977) 'Cost and benefits of behavioural psychotherapy: a pilot study of neurotics treated by nurse-therapists', *Psychological Medicine* 7: 685–700.

Girodo, M. and Roehl, J. (1978) 'Cognitive preparation and coping self-talk: anxiety management during the stress of flying', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 978–89.

Glaister, B. (1982) 'Muscle relaxation training for fear reduction of patients with psychological problems: a review of controlled studies', *Behaviour Research and Therapy* 20: 493–504.

Goldfried, M. R. (1979) 'Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive-Behavioral Interventions*, New

Gould, R. A., Clum, G. A. and Shapiro, D. (1993) 'The use of bibliotherapy in the treatment of panic: a preliminary investigation', *Behavior Therapy* 24: 241–52.

Greenwood, M. M. and Benson, H. (1977) 'The efficacy of progressive relaxation in systematic desensitisation and a proposal for an alternative competitive response: the relaxation response', *Behaviour Research and Therapy* 15: 337–43.

Grimm, L. G. (1980) 'The evidence for cue-controlled relaxation', *Behavior Therapy* 11: 283–93.

Grossman, P., De Swart, J. C. G. and Defares, P. B. (1985) 'A controlled study of a breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome', *Journal of Psychosomatic Research* 29: 49–58.

Hafner, J. and Marks, I. M. (1976) 'Exposure in vivo of agoraphobics: the contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation', *Psychological Medicine* 6: 71–88.

Hand, I., Lamontagne, Y. and Marks, I. (1974) 'Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics', *British Journal of Psychiatry* 124: 588–602.

Heide, F. J. and Borkovec, T. D. (1984) 'Relaxation-induced anxiety: mechanisms and theoretical implications', *Behaviour Research and Therapy* 22: 1–12.

Hibbert, G. A. and Chan, M. (1989) 'Respiratory control: its contribution to treatment of panic attacks. A controlled study', *British Journal of Psychiatry* 154: 232–6.

Holden, A. E., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D. and Infantino, D. (1983) 'Self-help manual for agoraphobia: a preliminary report of effectiveness', *Behavior Therapy* 14: 545–56.

Hope, D. A., Gansler, D. A. and Heimberg, R. G. (1989) 'Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology', *Clinical Psychology Review* 9: 49–60.

Hout, M. van den; Jong, P., Zandbergen, J. and Mercklebach, H. (1990) 'Waning of panic sensations during prolonged hyperventilation', *Behaviour Research and Therapy* 28: 445–48.

Hout, M. A. van d., Boek, C., Molen, G. M. van d., Jansen, A. and Griez, E. (1988) 'Rebreathing to cope with hyperventilation: experimental tests of the paper bag method', *Journal of Behavioral Medicine* 303–10.

Howard, W. A., Murphy, S. M. and Clarke, J. C. (1983) 'The nature and treatment of fear of flying: a controlled investigation', *Behavior Therapy* 14: 557–67.

Jacobson, N. S., Wilson, L. and Tupper, C. (1988) 'The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: a reanalysis of outcome data', *Behavior Therapy* 19: 539–54.

James, J. E., Hampton, B. A. M. and Larsen, S. A. (1983) 'The relative efficacy of imaginal and in vivo desensitisation in the treatment of agoraphobia', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 14: 203–7.

Johnson, C. H., Gilmore, J. D. and Shenoy, R. S. (1982) 'Use of feeding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 13: 235–7.

Keele, C. A., Neil, E. and Joels, N. (1982) *Samson Wright's Applied Physiology, 13th edn*, Oxford: Oxford University Press.

Klosko, J. S., Barlow, D. H., Tassinari, R. and Cerny, J. A. (1990) 'A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 77–84.

Lacey, R. and Woodward, S. (1985) *That's Life Survey on Tranquilisers*, London,:British Broadcasting Corporation/Mind.

Lande, S. D. (1982) 'Physiological and subjective measures of anxiety during flooding', *Behaviour Research and Therapy* 20: 81–8.

LeBoeuf, A. and Lodge, J. (1980) 'A comparison of frontalis EMG feedback training and progressive relaxation in the treatment of chronic anxiety', *British Journal of Psychiatry* 137: 279–84.

Lehrer, P. M. (1982) 'How to relax and how not to relax: a re-evaluation of the work of Edmund Jacobson – I', *Behaviour Research and Therapy* 20: 417–28.

Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H. and Oliveau, D. C. (1969) 'The contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitisation therapy', *Journal of Abnormal Psychology* 74: 113–18.

Ley, R. (1988a) 'Panic-attack during relaxation and relaxation-induced anxiety: a hyperventilation interpretation', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 19: 253–59.

Ley, R. (1988b) 'Panic attacks during sleep: a hyperventilation-probability model', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 19: 181–92.

Ley, R. (1992) 'The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks', *Behaviour Research and Therapy* 30: 347–57 (see errata, *Behaviour Research and Therapy* 30: 657).

Linden, W. (1981) 'Exposure treatments for focal phobias: a review', *Archives of General Psychiatry* 38: 769–75.

Lindsay, S. J. E. (1985) 'The anxious patient 2. The casual attender', *Dental Update* 12: 177–80.

Lindsay, S. J. E. and Jackson, C. (1993) 'The fear of dental treatment in adults: its nature and management', *Psychology and Health* 8: 135–54.

McFarlane, A. C. (1989) 'The treatment of post-traumatic stress disorder', *British Journal of Medical Psychology* 62: 81–90.

McPherson, F. M., Broughan, L. and McLaren, L. (1980) 'Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioral methods: a four year follow-up', *Behaviour Research and Therapy* 18: 150–2.

Marchione, K. E., Michelson, L., Greenwald, M. and Dancu, C. (1987) 'Cognitive behavioral treatments of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 25: 319–28.

Marks, I. (1975) 'Behavioral treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders: a critical appraisal', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification I*, New York: Academic press.

Marks, I. (1981) *The Cure and Care of Neurosis*, New York: Wiley.

Marks, I. (1987) *Fears, Phobias and Rituals*, Oxford: Oxford University Press.

Marshall, W. L., Gauthier, J. and Gordon, A. (1979) 'The current status of flooding therapy', in M. Hersen, R. H. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification 7*, New York: Academic Press.

Mathews, A. M. (1977) 'Recent developments in the treatment of agoraphobia', *Behavioural Analysis and Modification* 2: 64–75.

Mathews, A. M. and Shaw, P. (1973) 'Emotional arousal and persuasion effects in flooding', *Behaviour Research and Therapy* 11: 587–98.

Mathews, A. M., Johnston, D. W., Lancashire, M., Munby, M., Shaw, P. M. and Gelder, M. G. (1976) 'Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: treatment outcome with agoraphobic patients', *British Journal of Psychiatry* 129: 362–71.

Mathews, A. M., Gelder, M. G. and Johnson, D. W. (1981) *Agoraphobia: Nature and Treatment*, London: Tavistock.

Mattick, R. P. and Peters, L. (1988) 'Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 251–60.

Melamed, B. G. (1977) 'Psychological preparation for hospitalisation', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology I*, Oxford: Pergamon.

Michelson, L. K. and Marchione, K. (1991) 'Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: a critique and synthesis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 100–14.

Michelson, L., Mavissakalian, M. and Marchione, K. (1985) 'Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: clinical, behavioral and psychophysiological outcomes', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 913–25.

Miller, S. M. (1979) 'Controllability and human stress: method, evidence and theory', *Behaviour Research and Therapy* 17: 287–304.

Munby, M. and Johnston, D. W. (1980) 'Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment', *British Journal of Psychiatry* 137: 418–27.

Muss, D. C. (1991) 'A new technique for treating post-traumatic stress disorder', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 91–92.

O'Brien, G. T. (1981) 'Clinical treatment of specific phobias', in M. Mavissakaljan and D. H. Barlow (eds) *Phobia, Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

Ost, L. G. (1978) 'Behavioural treatment of thunder and lightning phobias', *Behaviour Research and Therapy* 16: 197–207.

Ost, L. G. (1987) 'Applied relaxation: description of a coping technique and a review of controlled studies', *Behaviour Research and Therapy* 25: 397–410.

Ost, L. G. (1989) 'One-session treatment for specific phobias', *Behaviour Research and Therapy* 27: 1–8.

Ost, L. G., Jerremalm, A. and Johansson, J. (1981) 'Individual response patterns and the effects of different behavioural methods in the treatment of social phobia', *Behaviour Research and Therapy* 19: 1–16.

Ost, L. G., Johansson, J. and Jerremalm, A. (1982) 'Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia', *Behaviour Research and Therapy* 20: 445–60.

Paul, G. L. (1966) *Insight v Desensitisation in Psychotherapy*, Stanford: Stanford University Press.

Petursson, H. and Lader, M. (1984) *Dependence on Tranquilisers*, Oxford: Oxford University Press.

Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V. and Wallace, L. A. (1990) 'A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo alone and in combination for the treatment of generalised anxiety disorder', *Journal of Anxiety Disorders* 4: 267–92.

Rachman, S. (1989) 'The return of fear: review and prospects', *Clinical Psychology Review* 9: 147–68.

Rachman, S. and Hodgson, R. J. (1980) *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ramm, E., Marks, I., Yuksel, S. and Stern, R. S. (1981) 'Anxiety management training for anxiety states: positive compared with negative self-statements', *British Journal of Psychiatry* 140: 367–73.

Rice, K. M. and Blanchard, E. B. (1982) 'Biofeedback in the treatment of anxiety disorders', *Clinical Psychology Review* 2: 557–77.

Salkovskis, P. M. and Warwick, H. M. C. (1986) 'Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis', *Behaviour Research and Therapy* 24: 597–602.

Salkovskis, P. M., Clark, D. and Hackmann, A. (1991) 'Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining', *Behaviour Research and Therapy* 29: 161–6.

Sartory, G. and Olajide, D. (1988) 'Vagal innervation techniques in the treatment of panic disorder', *Behaviour Research and Therapy* 26: 431–4.

Shipley, R. H. and Bedouwyns, P. A. (1980) 'Flooding and implosive therapy: are they harmful?' *Behavior Therapy* 11: 503–8.

Solyom, L., McClure, D. J., Heseltine, G. F. D., Ledwidge, B. and Solyom, C. (1972) 'Variables in the aversion relief of phobics', *Behavior Therapy* 3: 21–8.

Stern, R. and Marks, I. (1973) 'Brief and prolonged flooding. A comparison in agoraphobic patients', *Archives of General Psychiatry* 28: 270–6.

Stopa, L. and Clark, D. M. (1993) 'Cognitive processes in social phobia', *Behaviour Research and Therapy* 31: 255–68.

Sue, D. (1972) 'The role of relaxation in systematic desensitisation', *Behaviour Research and Therapy* 10: 153–8.

Suinn, R. M. and Richardson, F. (1971) 'Anxiety management training: a non-specific behavior therapy program for anxiety control', *Behavior Therapy* 2: 498–511.

Taylor, I. (1984) 'Self exposure instructions by telephone with a severe agoraphobic: A case study', *Behavioural Psychotherapy* 12: 68–72.

Thompson, S. (1981) 'Will it hurt if I can control it A complex answer to a simple question', *Psychological Bulletin* 90: 89–101.

Tower, R. B. and Singer, J. L. (1981) 'The measurement of imagery: how can it be clinically useful?' in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.

Turner, S. M., McCanna, M. and Beidel, D. C. (1987) 'Validity of the social avoidance and distress and fear of negative evaluation scales', *Behaviour Research and Therapy* 25: 113–15.

Tyrer, P. J. (1984) 'Benzodiazepines on trial', *British Medical Journal* 288: 1101–2.

Wardle, J., Hayward, P., Higgitt, A., Stabl, M ., Blizard, R. and Gray, J. (1993) 'Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* (forthcoming).

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1981) 'Reciprocal inhibition and therapeutic change', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 12: 185–8.

Woodward, R. and Jones, R. B. (1980) 'Cognitive restructuring treatment: a controlled trial with anxious patients', *Behaviour Research and Therapy* 18: 401–7.

Yule, W. and Fernando, P. (1980) 'Blood phobia – beware', *Behaviour Research and Therapy* 18: 587–90.

Yulis, S., Brahm, G., Charnes, G ., Jacard, L. M. Picota, E. and Rutman, F. (1975) 'The extinction of phobic behaviour as function of attention shifts', *Behaviour Research and Therapy* 13: 173–6.

Zitrin, C. M. (1981) 'Combined pharmacological and psychological treatment of phobias', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia, Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

الفصل التاسع

فحص اختلال الوظائف الجنسية

Sexual dysfunction Investigation

P. de Silva پ دی سیلفا

الفصل التاسع
فحص اختلال الوظائف الجنسية

پ دى سيلفا P. de Silva

اختلال الوظائف الجنسية والانحراف

اختلال الوظائف الجنسية (١) عبارة عن ضعف أو اختلال فى الرغبة الجنسية والإثارة أو النشوة . وهو يعتبر دائماً بمثابة مجموعة من المشكلات فى إطار الجنسية السوية ، مختلفاً فى ذلك عن الانحراف والشذوذ الجنسى (٢) . ويعامل الاثنان بوصفهما فئتين إكلينيكيتين منفصلتين ، وهو تمييز موضع اقتناع . غير أنه يتعين أن نذكر إمكانية حدوث تداخل بين الاثنين . مثال ذلك : ذكر لديه صعوبات فى الانتصاب عندما يكون مع زوجته ، ثم يظهر من خلال الفحص الدقيق أن له تاريخاً فى الشذوذ الجنسى ، يتضمن مثلاً استخدام المواد الجلدية والمطاطة ، كما قد يكون مضمون تخيلاته الجنسية قد تكيف تماماً مع هذه الأنشطة.

ومن الواضح أن هذه الحالة تتضمن اختلالاً جنسياً وانحرافاً جنسياً معاً متزامنين ومترابطين . وبالمثل من الشائع أن نجد مرضى يتقدمون بمشكلات فى صورة انحراف جنسى ، ولديهم صعوبات أيضاً فى النشاط الجنسى السوى . وعلى هذا يتعين أن يضع المرء فى اعتباره حقيقة أن التمييز بين الاختلال الجنسى والانحراف الجنسى لايعنى استبعاداً متبادلاً من أحدهما للأخر . بصورة متصلبة ، بل فقط باعتباره تصنيفاً عاماً مقبولاً ، يقوم على طبيعة المشكلة المعروضة . ويتعين عند القيام بفحص للأنشطة الجنسية المختلفة إجراء فحص للأنشطة الجنسية الشاذة ، مثل التخيلات والرغبات ، والعلاقة بين هذه العوامل والاختلال الذى يجرى فحصه .

درجات الاختلال الوظيفى

هناك نقطة أخرى يتعين أن لاتغيب عن الذهن ، هى أنه لايمكن اعتبار اختلال الوظائف الجنسية ظاهرة مقطوعة الصلة كيفياً عن عدم الاختلال . ولايأخذ الأمر صورة أن هناك من يتعرضون لاختلال الوظائف الجنسية ، وآخرين لايتعرضون لمثل هذا الاختلال بالمعنى المطلق . فالأغلب هو أن الاختلال وعدم الاختلال يقعان على متصل واحد ، بمعنى آخر هناك درجات من الاختلال ، ويوجد لدى الشخص الواحد أو الزوجين مجالات للأنشطة الجنسية المثيرة للرضا ، إلى جانب مجالات أخرى توجد فيها صعوبات ، بالإضافة إلى ذلك أن ماينظر إليه على أنه اختلال يمكن أن يختلف من شخص لآخر ، ومن زوجين لزوجين، ومن مجتمع لآخر . ويستحق الأمر الإشارة إلى أنه لايوجد مجتمع إكلينيكى ، يخلو من زوجين يعتبران نفسيهما يعانيان من اختلال جنسى ، وبالتالى لايذهبون إلى العيادات ، أو يسعون للحصول على نوع آخر

(1) Sexual dysfunction.
(2) sexual deviation or paraphilias.

من المساعدة . وتوجد نسبة من بينهم يكون أداؤهم الجنسى بمعنى ما أقل من أن يكون مُرضياً . وقد ذكر فرانك وزملاؤه Frank et al. (1974) فى دراسة لهم - على مئة من الأزواج المتعلمين تعليماً جيداً والسعداء- أن ٨٠ فى المئة منهم ذكروا أن علاقاتهم الجنسية والزوجية سعيدة ومُرضية ، وعلى الرغم من ذلك فقد ذكر ٤٠ فى المئة من الرجال مشكلات تتعلق بالانتصاب [١] أو القذف [٢] ، وذكرت أكثر من ٦٠ فى المئة من النساء مشكلات تتعلق بالإثارة أو الإشباع [٣] .

تصنيف

بهذه الصورة فى أذهاننا ، ننظر الآن إلى الفئات الشائعة فى الاختلال الجنسى ، التى تعرض فى العيادات والخدمات الأخرى التى تقدم المساعدة . وهناك اقتراحات بعديد من التصنيفات المفيدة (مثال ذلك : American Psychiatric Association, 1987; Hawton, 1985; Kaplan, 1974; Masters and Johnson, 1970) ، والمقدم فيما يلى عبارة عن تصنيف شديد التبسيط للاختلالات الجنسية لدى الذكور ولدى الإناث .

اختلالات الذكور

يمكن تصنيف الاضطرابات الجنسية الرئيسية لدى الذكور فى الآتى ، وكما يتضح فإن الفئات ليست مستقلة تماماً :

١ ـ مستوى ضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية .

٢ ـ العجز الجنسى [٤] .

٣ ـ سرعة القذف [٥] .

٤ ـ قذف متأخر [٦] .

٥ ـ نقص القدرة على الاستمتاع الجنسى [٧] .

٦ ـ نفور جنسى [٨].

والمستوى الضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية ليس من الأمور غير الشائعة (Kaplan, 1977; 1979) ، ولن يشكو الفرد عادة من ذلك إلا فى سياق علاقته ، عندما يصبح الأمر مشكلة للطرف الآخر أو عندما يصبح هناك انخفاض ملحوظ عن مستوى سابق .

ويشير *العجز* إلى فشل أو صعوبة فى الانتصاب ، وقد لاتكون هناك قدرة على الوصول إلى انتصاب أو الاستمرار فيه . وغالباً ماتكون المشكلة عبارة عن نقص فى الوصول إلى حالات انتصاب قوية بما يكفى

---

(1) Erection.
(2) Ejaculatory Problems.
(3) Arousal and orgasm.
(4) Impotance.
(5) Premature ejaculation.
(6) Retarded ejaculation.
(7) Dyspareunia.
(8) Sexual aversion.

للقيام بنشاط جنسى ناجح (Masters and Johnson, 1970) . ومشكلات الانتصاب شائعة ، وغالباً ماتكون هى الجزء الأكبر من شكاوى الذكور ، الذين يطلبون المساعدة فى عيادات العلاج الجنسى (Spector and Carey, 1990) وقد يكون العجز أولياً (١) (بمعنى أن الشخص كانت لديه دائماً هذه المشكلة) أو ثانوياً (٢) (أى كان هناك وقت فى الماضى لم يكن فيه للمشكلة وجود) . كما يمكن أن تكون كلية (لايكون الشخص قادراً على إحداث انتصاب أو الحفاظ عليه فى أى وقت) أو موقفيًا (يحدث الانتصاب فى مواقف معينة مثال ذلك عند الاستمناء (٣) فقط وليس فى المواقف الأخرى) . ويشير هذا التمييز الأخير إلى الوضع الحالى ، بينما يشير العجز الأولى مقابل العجز الثانوى إلى تاريخ الشخص .

وتشير سرعة القذف إلى الوصول إلى النشوة الجنسية بأسرع كثيراً مما يتطلبه النشاط الجنسى المشبع للطرف الآخر . وكثيراً ما أُشير إليه باعتباره أحد أكثر الاضطرابات الجنسية شيوعاً (مثال ذلك Kaplan, 1974) والشكوى التقليدية للذكر الذى يطلب العون فى هذه المشكلة هى أنه يصل إلى هزة الجماع (٤) سريعاً جداً . أما ماتعنيه «سريع جداً» فأمر لايمكن تحديده بوضوح بمفاهيم الوقت ، كما لايمكن تحديده فى ضوء المفهوم موضع التساؤل ، وهو «التحكم الإرادي» (Kaplan, 1979) . ويتعين تقييم المشكلة بمفاهيم مقدار تدخلها فى النشاط الجنسى ، واستمتاع الطرف الآخر . مثال ذلك أن استمرار القذف قبل إيلاج القضيب فى المهبل أو فور إيلاجه سيكون من الواضح أنه مشكلة . بينما الحدوث العرضى للنشوة خلال فترة قصيرة لايعد مشكلة . وربما تجدر الإشارة إلى نتائج تقرير كينزى Kinsey من أن ٧٥ فى المئة من عينتهم ، التى تبلغ ٦٠٠٠ من الأمريكيين الذكور ، ذكروا أنهم يبلغون هزة الجماع خلال دقيقتين من الإيلاج (Kinsey et al., 1948) .

وسرعة القذف مثلها فى ذلك مثل العجز الجنسى ، يمكن أن تكون كلية أو موقفية ، أولية أو ثانوية .

القذف المتأخر أكثر ندرة بقليل سواء من العجز أو سرعة القذف ، وهو يشير إلى الفشل فى القذف أو الوصول إلى هزة الجماع ، على الرغم من توفر قدر كاف من التنبيهات (Dow, 1981; Masters and Johnson, 1970) ، ويمكن أن يكون ذلك كلياً أو موقفياً ، ولكنه ليس من الأمور النادرة ، فقد يشكو أحد الرجال من عدم القدرة على الوصول إلى النشوة داخل المهبل ، ولكنه يستطيع القيام بذلك باستثارة نفسه أو حتى بالاستثارة اليدوية ، التى يقوم بها الطرف الآخر له . ومن المهم ملاحظة أن بعض الرجال قد يصلون إلى حالة النشوة ، إلا أنهم لايقذفون ، ويسمى ذلك قذفاً تقهقرياً ؛ (٥) حيث إن مايحدث هو أن السائل المنوى يتحرك متجهاً عكسياً داخلاً إلى المثانة (٦) وقد يحدث ذلك نتيجة لبعض العقاقير أو نتيجة لبعض الأسباب الجسمية .

نقص القدرة علي الاستمتاع الجنسي نادرة للغاية لدى الذكور (Bancropt, 1989) ، وعادة مايكون لها سبب جسمي .

---

(1) Primary.
(2) Secondary.
(3) Masterbation.
(4) Orgasm.
(5) Retrograd ejaculation.
(6) Bladder.

يشير *النفور الجنسي* إلى كراهية جوانب جنسية معينة . مثال ذلك رجل يكره أن يُلمس قضيبه على الإطلاق ، بينما رغبته الجنسية بصفة عامة وكذلك قدرته على الإنخراط فى جماع مشبع غير ضعيفة . ومن الممكن أيضاً بالنسبة لشخص ما أن يكون لديه نفور جنسى أكثر عمومية ، على الرغم من عدم وجود نقص فى الرغبة الجنسية ، وبالتالى قد تكون لديه خبرات استمنائية عديدة وممتعة ، ولكنه سيتجنب أو لايستمتع بالعلاقة الجنسية مع طرف آخر (American Psychiatric Association, 1987)

اختلالات الإناث

يمكن بالمثل تصنيف اختلالات الإناث فى الآتى ، وهى ليست بالضرورة فئات جامعة مانعة :

١ ـ مستوى ضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية .

٢ ـ غياب الاستجابية [1] .

٣ ـ عدم القدرة على الوصول إلى النشوة [2] (هزة الجماع) .

٤ ـ انقباض مهبلى [3] .

٥ ـ نقص القدرة على الاستمتاع الجنسى .

٦ ـ النفور الجنسى .

ويشبه *المستوي الضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية* مالدى الذكور (Liep, 1977) ، وهو يصبح مشكلة تعرض دائماً فى سياق قيام علاقة جنسية . وهو أكثر المشكلات التى تشكو منها الإناث اللاتى يترددن على العيادات الجنسية (مثال ذلك Bancroft, 1989) .

غياب الإستجابية مشكلة تتعلق بالإثارة الجنسية [4] (Kaplan, 1979) ، وتتأثر الاستثارة الفسيولوجية ، كما تظهر من خلال البلل المهبلى [5] واتساع القناة المهبلية ، وقد يكون ذلك أولياً أو ثانوياً .

عدم القدرة علي الوصول إلي النشوة هو عدم القدرة على تحقيق هزة الجماع ، وهو عرض إكلينيكى شائع (Bancroft, 1949; Masters and Johnson, 1970) ، وإما أن يكون أولياً (حيث لاتكون الأنثى قد حصلت أبداً على هزة جماع) أو ثانوياً . وبمفاهيم الأداء يمكن أن يكون كلياً (حيث لاتحصل الأنثى دائماً على هزة جماع) أو موقفيا (حيث تكون هزة الجماع ممكنة فى مواقف معينة ، وغير ممكنة فى مواقف أخري) والشكوى العامة هى النقص فى هزة الجماع مع شريك ، على الرغم من تحقيق هزة جماع من خلال الاستمناء .

ويشير *الإنقباض المهبلي* إلى الانقباض غير الإرادى لعضلات المهبل للدرجة ، التى يصبح الإيلاج معها غير ممكن (Masters and Johnson, 1970) ، وعادة مايحدث تقلص العضلات مع توقع الجماع ، أو عندما تحدث محاولة إيلاج (Lamont, 1974) . ومن الأمور المألوفة حدوث هذه الحالات لدى أولئك اللاتى

(1) Responsiveness.
(2) Anorgasmia.
(3) Vaginismus.
(4) Sexual arousal.
(5) Vaginal Lubrication. إفراز السائل الملين للاحتكاك أثناء الجماع

لم يتم اكتمال زواجهن . (Duddle, 1977) . وقد ذكر بانكروفت (Bancroft (1989 أن ١٣ فى المئة من الإناث اللاتى عرضن فى عيادته (ن = ٥٧٧) اشتكين من الانقباض المهبلى .

نقص القدرة علي الاستمتاع الجنسي عبارة عن جماع مؤلم ، وعادة مايقترن بمشكلات أخرى بما فيها مشكلات عضوية (Masters and Johnson, 1970) .

يشير *النفور الجنسي* إلى كراهية بعض الجوانب المعينة فى الجنس ، أو كراهية الجنس كله ، مثال ذلك قد تشكو امرأة من كراهية شديدة لأن يلمس شخص ما ثدييها أو أن يقبلها أحد فى شفتيها . وأحياناً مايكون هناك نفور من ممارسة الجنس مع شريك ، بينما تكون الإثارة الذاتية (الاستمناء) ممتعة (Kolody et al., 1979) .

بعض العوامل ذات العلاقة

لايشير التقدير السابق للفئات الرئيسية للاختلالات الجنسية لبعض المتغيرات الجوهرية ، التى يمكن أن تسهم فى المشكلة موضوع الاهتمام ، وهذه المتغيرات هى مايلى باختصار :

الجهل : حيث يمكن أن يكون نقص المعلومات المناسبة حول الأداء الجنسى مشكلة كبرى فى الاضطرابات الجنسية (Bancroft, 1989) . ومن الشائع أن تكون المشكلة المعروضة ناتجة إما عن جهل بالحقائق الأساسية حول نظام الاستجابة الجنسية ، أو بعض المفاهيم الخاطئة حول الجنس (Masters and Johnson, 1970; Zilbergeld, 1974) . ويعانى الشباب بشدة فى بعض الأحيان مما يعتقدون أنه سرعة وصولهم إلى النشوة الجنسية ، معتقدين أن المستوى المعتاد أبطأ مما هو عليه فى واقع الأمر . ويؤدى بهم ذلك إلى حالة من التوتر والهم ، تسهم بدورها فى تطور واستمرار مشكلات الانتصاب والقذف . ونقص المعلومات بالنسبة للإناث واقتناعهن بأفكار سيئة ، يمكن أن يؤدى إلى مخاوف من الجنس ، كتلك التى تتضمن أن الجماع بالضرورة مؤلم ، وهو مايسبب لهن صعوبات حقيقية.

كما يمكن لبعض المعتقدات المتبناة فى بعض الجماعات الثقافية أن تودى إلى صعوبات فى التوافق الجنسى ؛ ففى بعض المجتمعات الاسيوية على سبيل المثال ، يعد الفقدان المفرط للسائل المنوى فى الرشد أو فى مرحلة المراهقة سبباً فى الكثير من الأمراض الجنسية وغير الجنسية . وقد يؤدى ذلك إلى مشكلات لدى الرجال ، الذين يعتقدون أنهم عرضوا أنفسهم لهذه الأمراض . (de Silva and Dissanayake, 1989; Molhotra and wig, 1975) ولذلك فإن جودة معلومات المريض حول الأمور الجنسية والمعتقدات المقترنة بها ، لها القدر نفسه من الأهمية ، التى يتعين معها تبينها مثل تبين طبيعة المشكلات ذاتها التى يعرضها أصحابها .

الاتجاهات : تتعلق اتجاهات الشخص نحو الجنس والنشاط الجنسى بكل من المعلومات والمعتقدات ، فالشخص الذى نُشئ باتجاهات صادمة أخلاقياً نحو الجنس ، وأن الجنس للتناسل فقط وليس لأن نستمتع به ، قد يجد نفسه أو تجد نفسها وقد تعرضت للكف (١) الجنسى (Masters and Johnson, 1970) وقد يحدث أيضاً أن يجد مثل هذا الشخص اتجاهات أكثر تحررية لدى شريكه أو شريكته الجنسية مما يجعل الأمر مصدراً للصراع . فأحد الشريكين يرغب فى تجربة أنماط مختلفة من المداعبة قبل الجماع ، وأوضاع مختلفة للجماع . وهكذا مما قد لايكون مقبولاً من الطرف الآخر الذى تعكس

(1) Sexual inhibition.

اتجاهاته خلفية صادمة . وبالتالى يمكن لمشكلات الاتجاهات أن تلعب دوراً حاسماً فى توليد واستمرارية الاضطرابات الجنسية . ولاتتغير الاتجاهات المستقرة بسهولة ، وهى تحتاج لاختبارها عند فحص الحياة الجنسية للفرد أو الزوجين ، ومن المثير للشغف ملاحظة أن انتشار التقلصات المهبلية أكثر بكثير بين النساء الأيرلنديات مقارنة بسائر المجموعات الأخرى التى درست (Barnes, 1986 a, 1986b; o'sullivan, 1979) .

القلق : القلق عامل رئيسى يقترن بالاختلالات الجنسية . (Bancroft, 1989; Lief, 1979; Masters and Johnson, 1970) ، فبعض الصعوبات ترجع جزئياً على الأقل إلى القلق ، والكثير منها يستمر ويدوم نتيجة له . ولنضع فى الاعتبار مثال لشاب فشل فى تحقيق انتصاب عند محاولته الجماع فى ظروف غير مواتيه وبعيدة عن الاسترخاء اللازم للجنس المريح (مثال ذلك فى المقعد الخلفى للسيارة ، أو فى مكان يحتمل أن يلاحظه أو يقاطعه فيه أحد) ؛ فقد يؤدى هذا الفشل إلى قلق يتعلق بإمكانية الفشل فى المناسبات الأخرى التالية عند محاولة الجماع أو اعتزامه ، ويمكن لهذا القلق أن يؤدى إلى فشل متكرر ، والذى يزيد ـ بدوره ـ من قلق الشخص . وبالنسبة للإناث فإن الخبرات الجنسية الصادمة أو غير السارة كأن تكون قد تعرضت للاعتداء ، أو الاستغلال الجنسى قد تؤدى إلى تعميم القلق الجنسى ، الذى يسهم فى النفور الجنسى . وأحياناً ماتأخذ المشكلة صورة مخاوف جارفة من الجنس أو من الرجال أو من الأعضاء التناسلية للذكر ، ويمكن أن يؤدى القلق الدائم ، مثل الخوف من حدوث حمل إلى صعوبات جنسية بالمثل .

المشاهدة : يرتبط بالقلق ما أصبح يعرف باسم المشاهدة [1](Masters and Johnson, 1970) ، ويشار بها إلى ميل الشخص لمشاهدة نفسه أو نفسها أثناء ممارسة النشاط الجنسى . ومن الممكن أن يقوم الأشخاص القلقون جنسياً بهذا ، تحرراً من الخوف من الفشل ، وليس بغرض الاستمتاع الكامل بالنشاط الجنسى . فمجرد كون الشخص يلعب جزئياً دور المشاهد لنشاطه أو نشاطها ملاحظاً النجاح والفشل ، يمكن أن يؤدى إلى كف الأداء الجنسى والمتعة ،أو يترتب عليه فشل حقيقي. وعلى الرغم من ذلك يجدر ذكر أن المشاهدة ليست بالضرورة عامل كف . فالكثير من الرجال والنساء يجدون أن مشاهدة أنفسهم واستجاباتهم الجنسية من العوامل المثيرة للغاية . غير أن المشكلة تتمثل فى أنه عندما تصبح المشاهدة خاصية من خصائص النشاط الجنسى لشخص ماهو قلق بالفعل من النشاط الجنسى ، فإنها ستدوم وأحياناً ماتؤدى إلى جعل الصعوبة أكثر سوءاً . (قارن : Beck et al., 1983) .

مشكلات العلاقة : الصلة بين جودة العلاقة بين الزوجين وبين مشكلاتهما الجنسية واضحة بذاتها (Crow and Ridley, 1995; woody, 1992) ويمكن للصعوبات الجنسية أن تتطور بسهولة فى سياق علاقة زوجية ضعيفة ، فالغيرة والخوف والاغتمام ، الذى يدور حول عدم الإخلاص والصراعات الدائمة فى مجالات الحياة الأخرى غير المجال الجنسى ، يمكن أن تسهم جميعها فى المشكلات الجنسية أو تنعكس فى شكل هذه المشكلات . وعندما يفكر المرء فى الطبيعة المستمرة للأداء الجنسى المشبع والاضطرابات ، فمن السهل أن يرى كيف أن مشكلات العلاقات غير ذات الطبيعية الجنسية ، يمكن أن تدعم تفاقم صعوبات الحياة الجنسية بين الزوجين مهما صغرت . وأحياناً مايكون الجنس هو أرض المعركة الرئيسية للصراعات الزوجية ، مثل تلك الصراعات المتعلقة بالسيطرة ، والغيرة والتأديب (Harbin and Gamble, 1977) ، وبالقدر نفسه يمكن للمشكلات الجنسية الصريحة أن تتسبب فى صعوبات أكثر شمولاً

---

(1) Spectatoring.

فى العلاقة . وعندما يُعرض زوجان لديهما مشكلات زواجية ، فليس من غير المعتاد أن يتم أثناء الفحص الكشف عما يعانيانه من الاختلالات الجنسية المحورية (Zimmer, 1987) ؛ فالتداخل والعلاقات المتبادلة بين النمطين من المشكلات يمكن أن يكون جوهرياً .

المشكلات العضوية : من الواضح أن بعض المشكلات الجنسية تنتج عن عوامل عضوية أو ترتبط بمثل هذه العوامل ، ومدى انتشار مثل هذه العوامل كالإدمان طويل المدى للكحول ، ومرض السكر ، والتقدم فى العمر ، والتلف العصبى ، واستخدام العقاقير ، وغير ذلك فى صلته بالنشاط الجنسى من الأمور المستقرة تماماً (Bancroft, 1989; Kolodny et al., 1979) . وأحياناً مايكون هناك سبب عضوى مسئول بشكل مباشر عن ظهور المشكلة المعروضة ، غير أن التأثير النفسى للحالة مثل شعور الشخص بكونه مريضاً أو معاقاً دائماً مايكون بمثابة المتغير الوسيط . وقد تكون المشكلة المعروضة ببساطة عبارة عن مظاهر لحالة عضوية ، فالألم أثناء الجماع على سبيل المثال ، يمكن أن يكون نتيجة لغشاء بكارة (١) شديد الصلابة لدى الأنثى أو لضيق شديد فى غلفة الذكر (٢) . وبالمثل يؤدى التهيج المهبلى الناتج عن إلتهاب إلى النفور الجنسى أو فقدان الاهتمام .

والحاجة إلى تقرير أن الأسباب العضوية غير واردة ، قبل التوصل إلى نتيجة ، مؤداها أن المشكلة ذات منشأ نفسى ، يمكن أن تكون ضرورية فى بعض الحالات ، وسيناقش هذا الأمر فيما بعد .

التقـــييم

قضايا عامة

يتعين أن يكون تقييم الاختلال الوظيفى الجنسى شاملاً ، ويغطى تفاصيل المشكلة أو المشكلات المعروضة والمجالات ذات الصلة بها ، والتى نوقشت فى القسم السابق ، ولايختلف تقييم اختلال الوظائف الجنسية نظرياً عن تقييم المشكلات الأخرى . إلا أنه يكون صعب عملياً ، وهو مهمة تتضمن تحدياً ، طالما أن الجنس جانب خاص للغاية فى حياة الشخص ؛ فالحديث التفصيلى عنه مهما كان متعلقاً إكلينيكياً يمكن أن يكون صعباً بالنسبة للمريض . وبالتأكيد صعب أيضاً بالنسبة للمعالج صاحب الخبرة ، يضاف إلى ذلك أن بعض الأساليب أو الطرق المعتادة فى التقييم مثل الملاحظة المباشرة والتقارير ، التى يقدمها ملاحظون مستقلون ، قد لاتكون متاحة لأسباب واضحة . وبعض هذه الموضوعات والقضايا العامة فى تقييم الاختلالات الوظيفية الجنسية نوقشت بالتفصيل فى التراث (مثال ذلك Bancroft, 1989; Hawton, 1985; Spence, 1991; Wincze and Carey, 1991) . ويجب أن يكون هدف التقييم هو الحصول على صورة ، تتسم بأكبر قدر ممكن من الوضوح للمشكلة أو المشكلات والعوامل المتعلقة بها . وسيكون من المفيد على وجه الخصوص القيام بتحليل سلوكى كامل للمشكلة (مثال ذلك Kanfer and Saslow, 1969)، ومادام أحد أهداف التقييم الإكلينيكى هو الحصول على معلومات كافية لوضع برنامج علاجى ، فإن كل المجالات ذات الصلة الممكنة باستراتيجيات العلاج ، والتى يشار إليها ، تحتاج للفحص .

ويؤكد الكثيرون من المهنيين المختلفين على مجالات متعددة فى عملية التقييم ، وبما يعكس مواقفهم النظرية ومناحيهم العلاجية . ولهذا فإن المعالج صاحب التوجيهات الدينامية سيفحص – بقدر كبير من

---

(1) Hymen.
(2) Foreskin (وهي الجزء الزائد الذي يزال بعملية الختان لدي الذكور)

الاهتمام – طفولة المريض وعلاقات الطفولة . أما المعالج السلوكى فسيرغب من ناحية أخرى فى إجراء فحص دقيق للخبرات السابقة المتعلقة بالمشكلة ، مثل : الفشل الجنسى ، والإحباطات ، والأحداث الصادمة، والعوامل الحالية مثل القلق والتوقعات والمهارات ، والعوامل ذات الصلة المباشرة بالسلوك الجنسى مثل مايسبقه ومايترتب عليه . ومهما كان نوع التوجه ، فإن التقييم يتطلب تغطية تفاصيل المشكلة المعروضة ، متعلقاتها ، وعواملها التى يحتمل أن تكون على صلة بها .

المقـــابلة

مشكلات خاصة

المصدر الرئيسى للمعلومات فى عملية التقييم هو المقابلة الإكلينيكية ، والتى تكون لها مشكلات ذات نوعية خاصة فى حالات اختلالات الوظائف الجنسية (Bancroft, 1989; Hawton, 1985; Spence, 1991; Wincze and Caray, 1991) .

وتعرض القائمة الآتية بعض هذه المشكلات الأساسية :

١ ـ قد يكون المريض محرجاً من اضطراره لمناقشة موضوعات حميمة مع شخص غريب نسبياً عنه . ولاتعنى حقيقة أن الشخص قد أتى طالباً العلاج إنها تتضمن أنه / أو أنها سيكون قادراً على الحديث بحرية عن الجنس . وبالتالى فعلى المعالج أن يكون حساساً لهذه المشكلة ، ويساعد المريض ، من خلال تنمية تشجيعه وسؤاله عن موضوعات أكثر عمومية فى البداية ، وأن يعترف للمريض ، إذا كان ذلك ضرورياً أن الحديث عن الموضوعات الجنسية يمكن أن يكون صعباً .

٢ ـ يجب استخدام لغة بسيطة يسهل فهمها ، والرطنة العامية التى تعلم المهنى افتراض أنها مفهومة للجميع ، غالباً ماتكون غير مألوفة للمريض ، فحتى كلمات مثل «الإيلاج» و «التهيج» كثيراً ماتختلط معانيها على المرضى .

٣ ـ يجب الحصول على التفاصيل الدقيقة عن المشكلات والسلوك موضوع الفحص ، والوصف العام الذى يمكن أن يقدمه المريض ، مثل «يبدو أننى لاأريد بعد الآن» لامعنى له دون فحص تفصيلى وإيضاحات . وعلى الرغم من ذلك ، فيجب على المعالج أن يقوم بهذا الفحص بصبر ، وأن يسرع فيه طبقاً لليسر فى الموقف ، أو بالأحرى وفقاً لما تؤدى إليه استجابات المريض فى المقابلة (انظر مابعده) . ويتعين تأجيل بعض التفاصيل لاستخلاصها فى الجلسة الثانية ، أو حتى الثالثة، عندما يصبح المريض أكثر شعوراً بالراحة مع المعالج .

٤ ـ يجب أن تكون توجهات المعالج غير ناقدة لكل أساليب السلوك وتفضيلات المريض وعدم تفضيلاته ، وأى إظهار لعدم الموافقة ـ أو حتى الدهشة ـ ولو لم تكن مقصودة ، يمكن أن لاتشجع المريض على تقديم تفاصيل كاملة لما يرغب المرء معرفته .

٥ ـ من الممكن ألا يفصح المريض عن بعض المعلومات فى الجلسة الأولى ، ويرجع ذلك جزئياً إلى الحرج ، وجزئياً لأن المعالج مازال شخصاً غير مألوف له ، ويمكن لذلك أن يخلق مشكلات . وفى الممارسة يتطلب الأمر جلسة أو جلستى تقييم لاتخاذ قرار . ولهذا قد يكون من الضرورى تشجيع المريض بلطف للإفصاح بكل الحقائق المتعلقة بحالته . ومن ناحية أخرى ، سيكون مهما بالقدر نفسه السماح للمريض بإعطاء معلومات أكثر عندما يبدو أنه –أو أنها – مستعداً للقيام بذلك فى جلسات لاحقة .

مجالات الفحص

تتضمن المجالات التى يتعين فحصها خلال المقابلة الآتى :

١ ـ طبيعة المشكلة بأكبر قدر من التفصيل للحصول على صورة شاملة للصعوبة ، التى يعانى منها المريض ، وكل العوامل المقترنة بها ، بما فى ذلك القلق والاختلافات الموقفية ـ وفى حالة الرجال الذين يعانون من العجز ، يتعين القيام بفحص معين حول ما إذا كان انتصاب الصباح الباكر موجوداً أم لا ، حيث إن وجود هذا الانتصاب يساعد عادة على استبعاد احتمال أن المشكلة عضوية .

٢ ـ تاريخ المشكلة ، بدايتها ومسارها ، والنشاط الجنسى الحالى بمافى ذلك الاستمناء .

٣ ـ استجابة المريض للمشكلة سواء فى المواقف الجنسية ، أو بصفة عامة .

٤ ـ معلومات الشخص الجنسية ، معتقداته واتجاهاته ، بما فى ذلك تلك التى تحددها عقيدته ، أو عقيدتها ، أو حضارتهما .

٥ ـ تفضيلات الشخص وخيالاته الجنسية .

٦ ـ التاريخ الجنسى للمريض بما فى ذلك الخبرات المبكرة ذات العلاقة بالمشكلة .

٧ ـ العوامل السيكياترية والطبية بما فى ذلك العقاقير ، والكحول .. إلخ ، كما يعد قياس الاكتئاب الحالى مهمّا على وجه الخصوص .

٨ ـ تاريخ الحيض (١) وعلاقة المشكلة بالدورة الشهرية .

٩ ـ موانع الحمل (٢) ، ومرات الحمل السابقة ، والاتجاه نحو احتمال حدوث حمل .

١٠ ـ العوامل العامة فى العلاقة بين الشريكين .

١١ ـ العوامل المتعلقة بخلفية المريض ، مثل : الوظيفة ، الدخل ، السكن ، وغير ذلك ، والتى يمكن أن تكون مصدراً للضغوط .

١٢ ـ العلاج السابق إذا وجد .

وقد يحتاج الأمر لتفاصيل أكثر فى بعض المجالات دون الأخرى فى حالة ما ، وهو أمر يخضع للتقدير الإكلينيكى مع التقدم فى خطوات المقابلة ، ولاحاجة للقول أنه على المُقيم أن يكون مستعداً لأن يعدل من فحصه لكى يناسب كل مريض طبقاً لما يتطلبه الموقف ، ويعتمد أغلب الإكلينيكين على القوائم العامة (٣) للموضوعات التى سيقومون بفحصها وذلك بمثابة روتين . وتتاح نماذج لمثل هذه القوائم من بين قوائم أخرى فى الـ Group for advancement of Psychiatry (1973) ولدى Hawton (1985) ولدى Lopiccolo and Heiman (1978) ولدى Spence (1991) . وعملياً فإنه بينما تعد مثل هذه القوائم مفيدة بكل تأكيد ، إلا أن المرونة مطلوبة فى استخدامها ، ولذا يتعين أن تستخدم قائمة كهذه بوصفها أداة عامة للتوجيه ، لا كشئ يتعين الالتزام به بصرامة .

---

(1) Menstrual history.
(2) Contraception.
(3) General Checklists.

المقابلة الفردية والزوجية

إحدى القضايا الرئيسية فى مقابلة المرضى ذوى اختلالات الوظائف الجنسية ، هى ما إذا كان الشريكان - وذلك عندما يعرض زوجان نفسهما طلباً للعلاج - يتعين مقابلتهما معاً أم لا .

وهناك وجهات نظر مختلفة حول هذا الموضوع (مثال ذلك Bancroft, 1989; Masters and Johnson, 1970; Wincze and Carey, 1991) وبصفة عامة .. فإن الترتيب الجيد يتطلب رؤية الزوجين معاً فى البداية ، ثم القيام بعد ذلك بمقابلات التقييم لهما منفصلين ، وإذا توفر معالجان فيمكن أن يقابلا الزوجين فى جلسات متوازية ، وإذا لم يتوفر فسيتعين إنفاق قدر أكبر من الوقت مع الشريك صاحب المشكلة المعروضة ، يعقب ذلك مقابلة قصيرة مع الشريك الآخر .

ومن المهم أن تتم جلسات المقابلة الفردية فى كل الحالات . ويوفر ذلك الإمكانية لكل شريك لتقديم تصوره الخاص للمشكلة ، وأن يناقش مع المعالج الموضوعات المختلفة ، بما فى ذلك المشاعر نحو الطرف الآخر دون شعور بالكف، كما يوفر أيضاً الإمكانية لكل منهما للبوح بالمعلومات ، التى يمكن أن تكون قد حجبت عن الشريك الآخر ، مثال ذلك علاقة أخرى خارج العلاقة الزوجية ، أو جانب معين فى التاريخ السابق للفرد .

الدافعية والانتخاب

يعد تقييم دافعية المريض أو الزوجين جانباً مهمّا فى المقابلة ، على الرغم من أن إمكانية مثل هذا التقييم ليس من الأمور السهلة فى جلسة واحدة ، مالم يكن المقصود هو تحديد أولئك الذين لايستطيعون تلقى العلاج المقدم . وبالنسبة لمن يلائمهم العلاج ، وغالباً مايكون تقييماً على مدى جلستين على الأكثر كافياً لتعرف أولئك الذين يحتمل أن لايستفيدوا من العلاج الذى يمكن تقديمه . مثال ذلك أن من لديهم مرض نفسى واضح ، سيتطلب الأمر علاج الحالة أولاً ، وكذلك يمكن للصعوبات الزواجية الخطيرة أن تتطلب إحالة إلى عيادة تخصصية ، مالم يشعر المعالج أنه قادر على التعامل معها . وعندما توجد عوامل عضوية محتملة ، فإن فحصها وكذلك إجراء فحص طبى يتعين أن يتم ترتيبه قبل العلاج .

الاختبارات والفحوص العضوية :

يعتقد بعض الأخصائيين الإكلينيكيين أن كل المرضى الذين يعرضون باختلالات وظيفية جنسية، يتعين إجراء اختبارات طبية لهم بصورة روتينية (مثال ذلك Kolodny et al., 1979; Spence, 1991) ،غير أن هذا غير ضرورى ، ومع ذلك فمن المهم للغاية أن تتوفر إمكانية القيام بهذه الفحوص ، بالإضافة إلى أية اختبارات أخرى ذات علاقة قد تتطلبها حالة معينة ، وقد قدم بانكروفت (Bancroft, 1989 : 417-424) مجموعة كبيرة الأهمية من المؤشرات للاختبارات الطبية ، وهى كالآتى : الشكوى من ألم أو الشعور بعدم الراحة أثناء ممارسة الجنس ، تاريخ مرضى حديث ، أو أعراض بدنية لاعلاقة لها بالمشكلة الجنسية (مثال ذلك رجل يشكو من أن قضيبه صغير للغاية أو مرتخ ، أو امرأة تشك فى أن هناك شذوذاً فى أعضائها الجنسية) ، تاريخ غير سوى للبلوغ ، أو بعض الاضطرابات الغدية الأخرى . وبالنسبة للمجموعة العمرية التى تشمل الرجال فوق الخمسين ، والنساء حول مرحلة ماقبل أو بعد انقطاع الطمث ، والحالات التى تعانى من تاريخ واضح لدورة شهرية غير منتظمة أو عقم .

وحيثما يكون مناسباً ، فإن الطبيب الممارس الذى يقوم بالاختبار سيقوم أيضاً بالاختبارات المعملية أو يرتب لإجرائها . ويمكن الحصول على تفاصيل الفحوص العامة لدى بانكروفت Bancroft (1989) ،

وهاتون (1985) Hatwon وكلودنى وزملائه (1979) ,.Koladny et al وونسز وكارى Wincze and Corey (1991).

الاستخبارات وبطاريات القياس

يمكن استكمال الانتفاع بالبيانات التى يتم الحصول عليها من المقابلة ، باستخدام الاستخبارات والبطاريات التى تساعد على تغطية بعض المجالات المهمة بصورة سريعة ، غير أن الأكثر أهمية من ذلك هو أنها توفر بيانات كمية ذات أهمية على وجه الخصوص فى تقدير الفروق بين ماقبل ومابعد العلاج . وهناك عديد من الأدوات المفيدة متاحة لقياس الخبرة الجنسية ، والاتجاهات ، والاختلالات الوظيفية ، وبعض الموضوعات الأخرى ذات العلاقة . ويقدم هون وزملاؤه (Hoon et al. (1976a بطارية لقياس الاستثارة الجنسية الأنثوية ، كما طور لوبيكولو وستيجر (1974) Lopiccolo and Steger بطارية لقياس التفاعل الجنسى ورضاء الطرفين وقدم ليف وريد (1972) Lief and Reed استخباراً لقياس كل من المعلومات والاتجاهات الجنسية . ووصف ويلسون (1978) Wilson استخباراً مفيداً للغاية للتخيلات الجنسية ، يقيس التخيلات والرغبات والسلوك الفعلى ، كما يعد مؤشر ديروجيت للأداء الجنسى [(١)] (Derogatis and Melisaratos, 1979) مقياساً شاملاً للأداء الجنسى ، يغطى عشرة مجالات (مثال ذلك : المعلومات ، الرغبة ، الاتجاهات) ، وبينما لايوجد شك فى أن شموله مفيد ، إلا أن طوله المعوق (٣٤٥ بندا) يحد بدرجة ما من استخدامه الروتينى الواسع فى الممارسة الإكلينيكية.

وهناك تطور له قيمة كبيرة ومثير ، يتمثل فى تطوير بطارية جلومبوك ورست للرضا الجنسى [(٢)] (GRISS; Rust and Golombok, 1986) ويستخدم هذا الاستخبار ، الذى يتكون من ٢٨ بنداً مع الأفراد من أصحاب الجنسية الغيرية ، أو الأفراد ممن لديهم علاقات جنسية غيرية قائمة . وهو يوفر درجة كلية للرجال وأخرى للنساء كل منهما على حدة حول جودة الأداء الجنسى . يضاف إلى ذلك إمكان الحصول منه على درجات فرعية للآتى : العجز ، سرعة القذف ، العجز عن الوصول إلى النشوة ، الانقباض المهبلى ، التكرار ، ضعف التواصل ، عدم الرضاء ، فقدان الإحساس الجنسى ، والتجنب . ولهذه الأداة ثبات جيد كما أنها سهلة الاستخدام ، وفى ضوء المجال الواسع للمقاييس التى تتضمنها ، فإن بطارية جلومبوك ورست تعد أداة اقتصادية للاستخدام الروتينى . وهناك أداة أخرى موازية ومساوية فى مزاياها الاقتصادية من حيث قياس كل جوانب العلاقة هى بطارية جلومبوك – رست للحالة الزواجية [(٣)] (GRIMS; Rust et al., 1988) . وتتضمن الاستخبارات الزواجية مقياس لوك – والس للتوافق الزواجى [(٤)] (Lock and Wallace, 1959)، ومقياس التوافق الثنائى [(٥)] (Spanier, 1976).

وعندما يتعلق الاكتئاب بالمشكلة ويحتاج الأمر لقياسه .. فيمكن استخدام بطارية للاكتئاب مثل بطارية بيك للاكتئاب (Beck et al., 1961) أو بطارية واكفيلد للاكتئاب [(٦)] (Snaith et al., 1971) . (انظر الفصل الخامس) .

---

(1) Derogatis Sexual Functioning Index (DSFI) .
(2) Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) .
(3) Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) .
(4) Locke-Wallace Marital Adjustment Scale.
(5) Dyadic Adjustment Scale.
(6) Wakefield Depression Inventory .

التقديرات الذاتية

يمكن استخدام مقاييس التقديرات الذاتية ، كجزء من عملية قياس المتغيرات الكبرى موضوع المشكلة لدى مريض ما . مثال ذلك القلق فى الجنس ، الرغبة والإثارة الجنسية ، والتي يمكن الحصول على تقديرات لها بواسطة المريض على مقياس تقديرات ، يمتد من صفر إلى ١٠٠ ، وعادة مايجد المريض أن هذه المقاييس البسيطة سهلة الاستخدام ، وبالقدر نفسه من السهولة يمكن استخدام التمثيلات البيانية للتكرارات ، والتى يسجل من خلالها معدل تكرار السلوك المستهدف على مدى يوم كامل . كما يصمم المُقيِّم أو المعالج مسبقاً مفكرة لاستخدام المريض ، تساعده على تحديد الأهداف ، التى يتعين تسجيلها باعتبار ذلك وسيلة فعالة للحصول على المستويات القاعدية للبيانات ، بالإضافة لمراقبة التغيرات التى تحدث للمريض. وقد قدم كونت (1986) Conte وسبنس (1991) Spence من بين آخرين مناقشة لهذا الموضوع.

المقاييس الفسيولوجية :

استخدمت الأساليب الفسيولوجية بصورة متزايدة لقياس الوظائف الجنسية خلال السنوات الأخيرة ؛ نتيجة للدفعة التى تلقتها من أعمال ماسترز وجونسون (Masters and Johnson, 1966;1970) وتتاح أساليب قياس للإثارة لدى كل من الذكور والإناث ، ويستخدم على نطاق واسع مقياس الامتلاء القضيبى بالدم [1] لتقدير الانتصاب ، ويمكن استخدامه فى الممارسة الإكلينيكية إذا ظهرت حاجة لذلك (مثال ذلك Wagner and green, 1981; Wincze et al., 1988) . وقد يكون القياس أما لحجم القضيب أو للتغيرات فى محيط القضيب . كما استخدم أيضاً رسام الامتلاء الدموى العصبى لقياس حالات الانتصاب الليلى ، فى محاولة للتمييز بين العجز النفسى المنشأ وحالات العجز ذات الأسباب العضوية (Karacan, 1978) ويقدم بانكروفت (1989) Bancroft ، واسكيافى (1991) Schiavi مناقشات تفصيلية لهذا الموضوع ، والأساليب المعملية الأخرى المستخدمة فى قياس مشكلات الانتصاب . وأفضل أسلوب مستخدم لقياس الاستثارة الأنثوية ، هو أسلوب رسام الامتلاء الدموى التصويرى [2] (Hoon et al., 1976 b) وحيث يتم قياس تقلص الأوعية فى جدران الرحم بمساعدة منظار.

وعلى أى الأحوال.. فإن استخدام الأساليب الفسيولوجية فى الفحص الروتينى فى الموقف الإكلينيكى من الأمور غير العملية . بالإضافة إلى ذلك فإن تفسير نتائج هذه الأساليب فى السياق الإكلينيكى ليس حاسماً دائماً. (انظر: Bancroft, 1989; Conre, 1986) .

صياغة المشكلة :

ستؤدى البيانات التى تم الحصول عليها من عملية التقييم ، إلى تمكين الفاحص من الوصول إلى صياغة للمشكلة . ويتم فى هذه الصياغة تجميع كل المعلومات التى توفرت من المصادر المختلفة للوصول إلى تقدير ووصف مختصر، وتفسير أولى للمشكلة المعروضة . ويتعين أن تتضمن صياغة المشكلة العناصر الآتية :

١ ـ وصف المشكلة .

٢ ـ العوامل المهيئة .

(1) Penile Plethysmography.
(2) Photoplethy smograph.

٣ ـ العوامل المعجلة .

٤ ـ العوامل المؤدية للاستمرار .

وبذلك توفر الصياغة أساس العلاج .

تعليقات مستخلصة :

يجب أن يكون القياس والتقييم متعدد الجوانب خلال الممارسة الإكلينيكية ، ويواجه الأخصائى الإكلينيكى معوقات فى قياس الاختلالات الوظيفية الجنسية تقف فى وجهه ، أكثر بكثير من تلك التى تواجهه فى قياس أغلب الأضطرابات الأخرى . وعلى الرغم من هذه المعوقات ، يظل لدى الأخصائى الإكلينيكى تنوع متعدد من الأساليب فى تناوله ، وستظل المقابلة هى المصدر الرئيسى للمعلومات ، وتستخدم الأساليب الأخرى ، سواء فى إطار المقابلة أو خارج إطارها ؛ للحصول على بيانات إضافية ولتحسين مستوى جودة البيانات . أما أى من هذه الأساليب هو الذى يتعين استخدامه ، فإن ذلك يعتمد على طبيعة المشكلة المعروضة ، وظروفها ، وسياق الخدمة المقدمة .

References

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bancroft, J. (1989) *Human Sexuality and Its Problems, 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barnes, J. (1986a) 'Primary vaginismus I. Social and clinical features', *Irish Medical Journal* 79: 59–62.

Barnes, J. (1986b) 'Primary vaginismus II. Aetiological factors', *Irish Medical Journal* 79: 62–5.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961) 'An inventory for measuring depression', *Archives of General Psychiatry* 4: 561–71.

Beck, J. G., Barlow, D. H. and Sakheim, D. (1983) 'The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men', *Behaviour Research and Therapy* 21: 1–8.

Conte, H. R. (1986) 'Multivariate assessment of sexual dysfunction', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 149–57.

Crowe, M. J. and Ridley, J. (1990) *Therapy with Couples*, Oxford: Blackwell.

Derogatis, L. R. and Melisaratos, N. (1979) 'The DFSI: A multidimensional measure of sexual functioning', *Journal of Sex and Marital Therapy* 5: 244–81.

de Silva, P. and Dissanayake, S. A. W. (1989) 'The Loss of Semen Syndrome in Sri Lanka: A clinical study', *Sexual and Marital Therapy* 4: 195–204.

Dow, S. (1981) 'Retarded ejaculation', *Journal of Sex and Marital Therapy* 7: 49–53.

Duddle, M. (1977) 'Etiological factors in the unconsummated marriage', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 157–60.

Frank, E., Anderson, C. and Rubinstein, D. (1978) 'Frequency of sexual dysfunction in normal couples', *New England Journal of Medicine* 299: 111–15.

Group for the Advancement of Psychiatry (1973) *Assessment of Sexual Function: A Guide to Interviewing*, Report No. 88, Vol. VIII.

Harbin, H. T. and Gamble, B. (1977) 'Sexual conflicts related to dominance and submission', *Medical Aspects of Human Sexuality* 11(1): 84–9.

Hawton, K. (1985) *Sex Therapy: A Practical Guide*, Oxford: Oxford University Press.

Hoon, E., Wincze, J. and Hoon, P. (1976a) 'The SAI: An inventory for the measurement of female sexual arousal', *Archives of Sexual Behavior* 5: 291–300.

Hoon, E., Wincze, J. and Hoon, P. (1976b) 'Physiological assessment of sexual arousal in women', *Psychophysiology* 13: 196–208.

Kanfer, F. H. and Saslow, G. (1969) 'Behavioral diagnosis', in C. M. Franks (ed.) *Behavior Therapy – Appraisal and Status*, New York: McGraw-Hill.

Kaplan, H. S. (1974) *The New Sex Therapy: Brief Treatment of Sexual Dysfunction*, New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1977) 'Hypoactive sexual desire', *Journal of Sex and Marital Therapy* 3: 3–9.

Kaplan, H. S. (1979) *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1989) *How to Overcome Premature Ejaculation*, New York: Brunner/Mazel.

Karacan, I. (1978) 'Advances in the psychophysiological evaluation of male erectile impotence', in L. Lo Piccolo and J. Lo Piccolo (eds) *Handbook of Sex Therapy*, New York: Plenum Press.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. and Martin, C. G. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia: Saunders.

Kolodny, R. C., Masters, W. H. and Johnson, V. (1979) *Textbook of Sexual Medicine*, Boston: Little Brown.

Lamont, J. A. (1978) 'Vaginismus', *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 131: 632–6.

Lief, H. I. (1977) 'Inhibited sexual desire', *Medical Aspects of Human Sexuality* 11(12): 51–7.

Lief, H. I. (1979) 'Anxiety, sexual dysfunctions and therapy', in W. E. Fann, I. Karacan, A. D. Pokorny and R. D. Williams (eds) *Phenomenology and Treatment of Anxiety*, New York: Spectrum.

Lief, H. I. and Reed, D. M. (1972) *Sexual Knowledge and Attitude Test (SKAT) 2nd edn*, Centre for the Study of Sex Education in Medicine, University of Pennsylvania.

Locke, H. J. and Wallace, K. M. (1959) 'Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity', *Marriage and Family Living* 21: 251–5.

Lo Piccolo, J. and Steger, J. C. (1974) 'The Sexual Interaction Inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction', *Archives of Sexual Behavior* 3: 585–95.

Lo Piccolo, L. and Heiman, J. (1978) 'Sexual Assessment and history interview', in J. Lo Piccolo and L. Lo Piccolo (eds) *Handbook of Sex Therapy*, New York: Plenum Press.

Malhotra, H. K. and Wig, N. (1975) 'Dhat Syndrome: a culture-bound sex neurosis of the Orient', *Archives of Sexual Behavior* 4: 519–28.

Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1966) *Human Sexual Response*, Boston: Little Brown.

Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little Brown.

O'Sullivan, K. (1979) 'Observations on vaginismus in Irish women', *Archives of General Psychiatry* 36: 824–6.

Rust, J. and Golombok, S. (1986) *The Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, Windsor: NFER-Nelson.

Rust, J., Bennun, I., Crowe, M. J. and Golombok, S. (1988) *The Golombok–Rust Inventory of Marital State*, Windsor: NFER-Nelson.

Schiavi, R. C. (1992) 'Laboratory methods for evaluating erectile dysfunction', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Snaith, R. P., Ahmed, S. N., Mehta, S. and Hamilton, M. (1971) 'Assessment of the severity of primary depressive illness: Wakefield Self-Assessment Depression Inventory', *Psychological Medicine* 1: 143–9.

Spanier, G. B. (1976) 'Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads', *Journal of Marriage and the Family* 38: 15–23.

Spector, L. P. and Carey, M. P. (1990) 'Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature', *Archives of Sexual Behavior* 19: 389–408.

Spence, S. H. (1991) *Psychosexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach*, London: Chapman and Hall.

Wagner, G. and Green, R. (1981) *Impotence: Physiological, Psychological, Surgical Diagnosis and Treatment*, New York: Plenum Press.

Wilson, G. D. (1978) *The Secrets of Sexual Fantasy*, London: Dent.

Wincze, J. P. and Carey, M. P. (1991) *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Wincze, J. P., Bansal, S., Malhotra, C., Balko, A ., Susset, J. G. and Malamud, M. (1988) 'A comparison of nocturnal penile tumescence and penile response to erotic stimulation during working states in comprehensively diagnosed groups of males experiencing erectile difficulties', *Archives of Sexual Behaviour* 17: 333–47.

Woody, J. D. (1992) *Treating Sexual Distresss: Integrative Systems Therapy*, Newbury Park: Sage.

Zilbergeld, B. (1978) *Men and Sex*, Boston: Little Brown.

Zimmer, D. (1987) 'Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction?' *Journal of Sex and Marital Therapy* 13: 193–209.

الفصل العاشر

علاج اختلال الوظائف الجنسية

Sexual dysfunction Treatment

P. de Silva پ دی سیلفا

الفصل العاشر
علاج اختلال الوظائف الجنسية

پ دي سيلفا P. de Silva

مقدمة :

شهد الاهتمام باختلال الوظائف الجنسية وعلاجها تزايداً واضحاً خلال العقدين الأخيرين . وقد جاءت الدفعة من أعمال ماسترز وجونسون (Masters and Johnson (1970 . كما أسهم وعى الجمهور بإمكانية علاج المشكلات الجنسية . فى الزيادة السريعة ، فى أعداد أولئك الذين يسعون لطلب المساعدة من هذه الصعوبات ، وأولئك الذين يتلقون مثل هذه المساعدة . وبالإضافة إلى خدمات الطب النفسى والخدمات النفسية ، فقد بدأت منظمات الإرشاد الزواجي ، والمراكز الإرشادية ، ومراكز تنظيم الأسرة وعيادات الأطباء الممارسين فى إضافة علاج اختلال الوظائف الجنسية إلى خدماتها . وتعد هذه المجموعة من المشكلات بمثابة جزء متكامل فى مجموعة الإضطرابات ، التى يتوقع أن يتعامل معها الممارس فى علم النفس الإكلينيكى .

وأساليب العلاج المستخدمة فى مجال اختلال الوظائف الجنسية بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين سلوكية فى الأساس ، ويستخدم تعبير سلوكية هنا بأوسع معانية ؛ فالمنحى السلوكى الأصلى لعلاج هذه المشكلات كما وصفه ولبه (Wolpe (1958 والرواد الآخرين للعلاج السلوكى استخدم فى علاج الاختلالات الجنسية على مدى يزيد عن ثلاثة عقود (مثال ذلك : .Lazarus, 1963; Wolpe, op. cit) .

وعلى أى الأحوال ، فإن المنحى الذى يكثر استخدامه اليوم فى الممارسة الإكلينيكية سلوكى فى جوهره، وإن كان يتضمن عناصر لاتقع بشكل حاسم فى إطار العلاج السلوكى التقليدى (انظر : Murphy and Mikulas, 1974). وعلى أى الأحوال ، فهناك حاجة للإشارة بصورة ملخصة للإتجاهات البديلة ، قبل مناقشة الإتجاهات السلوكية .

العلاج النفسى

يعتمد العلاج النفسى (١) على مبادئ علم النفس الدينامى (٢) ، والذى استخدم تقليدياً مع حالات اختلال الوظائف الجنسية (مثال ذلك Rosen, 1977) والفرض الأساسى الذى يقوم عليه هو أن المشكلة المعروضة نتاج صراع لاشعورى أو خبرة ماضية مكبوتة ، ودائماً ماتكون ذات صلة بالمرحلة الأوديبية (٣) للارتقاء . وبالتالى فالمنطقى هو الكشف عن هذه المواد اللاشعورية بواسطة التحليل . وفى الوقت الذى مازال المحللون الأصوليون يستخدمون فيه العلاج النفسى لمرضى الاختلالات الجنسية ، لاتتوفر دلائل جيدة على كفاءة هذا الاتجاه المكلف والمستهلك للوقت (Killman and Auerbach, 1979) . ويؤيد كابلان

---

(1) Psychotherapy.
(2) Psychodynamic.
(3) Oedipal Stage.

Kaplan (1974; 1979) منحًى علاجياً ، يجمع بين التوجه نحو مركز المشكلة وتوجه دينامي. والمشوق هنا هو الكشف عن الصراعات النفسية وحلها هى والعوامل المتعلقة بها وفق مايظهر من خلال العلاج . ولايعد هذا بالتالى أسلوباً علاجياً نفسياً خالصاً ، فالتأكيد الأساسى فيه يكون على التعامل مع المشكلات النوعية ، وأفضل مايوصف به أنه أسلوب انتقائي (١) . ويوضح كابلان Kaplan (1987) أن التكشف الدينامى يتم فى نسبة من الحالات حيث يفشل العلاج السلوكى فى تحقيق تقدم بعد نقطة معينة .

التنـــــويم

وصف عدد من الكُتاب استخدام التنويم (٢) فى علاج اختلال الوظائف الجنسية (مثال ذلك Beigel, 1971; cheek, 1976) والذى استخدم للكشف عن المخاوف الجنسية والذكريات الخافية بهدف خفض التوتر وزيادة الاسترخاء ، ولمحاولة تغيير الاستجابات من خلال الإيحاء بعد التنويم . ولاتوجد دلائل مقنعة لصالح كفاءة التنويم بوصفه أسلوب تدخل علاجى لهذه المشكلات .

العائد البيولوجى

استخدم العائد البيولوجى (٣) لتعزيز الانتصاب لدى الذكور أصحاب هذه المشكلة . وحيث تعرض على المريض مواد جنسية مثيرة لتشجيع الاستثارة ، ثم تقاس التغيرات فى محيط القضيب وتذكر للمريض على الفور من خلال وسائل بصرية أو سمعية . وبينما تتضمن هذه الطريقة بعض الإمكانات بوصفها إستراتيجية علاجية ، إلا أن التدريب على العائد البيولوجى لهؤلاء المرضى لم يرسخ حتى الآن . ومازال دور هذا الأسلوب محدوداً فى الممارسة الإكلينيكية ، بينما قيمة العائد البيولوجى فى البحث لايعتريها شك. ويوجد عرض مفيد لهذا المجال فى روزن وبيك Rosen and Beck (1988) .

العلاج الهرمونى

العلاج الهرمونى (٤) من الأساليب شائعة الاستخدام للمشكلات الجنسية فى المجال الطبى ، وبينما يكثر استخدامه بطريقة غير مناسبة ، فإن هذا الشكل من العلاج له دور فى الحالات التى يوجد فيها شذوذ هرمونى واضح ، وعندما يستخدم لهذا الغرض يكون فعالاً تماماً ، ويمكن تصحيح الدافع الجنسى الضعيف لدى الذكور ممن يكون مستوى التيستوستيرون (٥) لديهم منخفضاً من خلال جرعات من التيستوستيرون ، أما النساء اللاتى تعدين فترة الخصوبة (٦) ممن لديهن نقص فى الأوستيروجون (٧) يمكن أن يؤدى إلى إنخفاض الإستجابة أو فقدان الاهتمام أو كليهما ، فإن العلاج بالأوستيروجون يكون مفيداً للغاية (Bancroft, 1989; Davidson and Rosen, 1992; Walling et al., 1995) وكما سبق أن أشرنا فى الفصل السابق ، فمن المهم القيام بالاختبارات الطبية الضرورية والفحوص لتحديد أولئك المرضى الذين ترجع مشكلاتهم لأسباب هرمونية أو تحتاج لعلاج طبى ، وعندما تكون المشكلة نفسية المنشأ ، فإن هذه الأساليب العلاجية ليست غير فعالة فحسب بل قد تكون معوقة للعلاج . ويجدر الإشارة

(1) Eclectic.
(2) Hypnosis.
(3)Biofeedback.
(4) Hormone therapy.
(5) Testosterone.
(6) Menopausal (Promenopausal سن اليأس أو فترة إنتهاء الخصوبة)
(7) Oestrogens.

أيضاً أنه حتى فى هذه الحالات، وعندما تكون هذه الأساليب مناسبة ، فإن علاجاً نفسيًا إضافيًا دائماً مايكون مطلوباً .

الطرق الجراحية

تشمل الطرق الطبية فى العلاج إستخدام الجراحة ؛ إذ يمكن تصحيح حالات الغلفة شديدة الإحكام أو غشاء البكارة الخشن ، الذى يسبب الألم أثناء الجماع أو صعوبة الإيلاج ، وذلك بواسطة جراحة صغرى ، وبالنسبة للرجال أصحاب مشكلات الإنتصاب ، التى ترجع لأسباب عضوية ، يمكن استخدام قضيب تعويضي(١) ، وقد استُخدمت أنسجة صلبة وغير مستوية مع هؤلاء المرضى ببعض النجاح (Wagner and Green, 1981) . ونسبيًا تتضمن التطورات الجديدة فى هذا الميدان جراحات تصحيحية فى التدفق الشريانى ومشكلات الصرف غير السوى ، كلما كان ذلك ضروريًا (Melman and Tiefer, 1992; Wagner and Green, op. cit.) .

المعينات الميكانيكية :

تستخدم بالمثل الأجهزة أو المعينات الميكانيكية (٢) فى علاج الاختلالات الجنسية ، وربما يعد أشهرها الحلقة القضيبية (٣) ، وهى حلقة مطاطية خشنة يُذكر أنها تساعد على إستمرار الإنتصاب (Cooper, 1974) والهزاز (٤) (Gillan, 1987) . واستخدام جهاز الاهتزاز كأداة معينة فى علاج الاختلالات الجنسية ، لدى كل من الذكور والإناث معترف به الآن ، وعلى الرغم من ذلك فإنه لايعد أداة علاجية كاملة بل جزءاً من حزمة علاجية أشمل ، واستخدام الأدوات المفرغة (٥) للرجال للحصول على إنتصاب أصبح شائعاً أيضاً فى السنوات الأخيرة (Cooper, 1987) . ويتوفر فى الأسواق الآن لعديد من الأجهزة . وتوجد مراجعة لهذا المجال فى الثوف وتيرنر (Althof and Turner (1992 ، ونادج وزملائه Nadig et al. (1986) .

الحقن لإحداث إنتصاب :

ظهرت خلال العقد الماضى أو حول ذلك عدة تقارير عن استخدام حقن الپاپافرين (٦) (وهو يؤدى لأسترخاء عضلى هادئ) ومواد مشابهه للحقن فى الأجسام الغائرة (٧) فى القضيب لإحداث انتصاب (Brindly, 1983, 1986) . ويمكن للانتصاب الذى يحدث بهذه الطريقة أن يستمر من ساعة إلى أربع ساعات ، وهى فترة مناسبة فى الكثير من الحالات لجماع «مشبع» ، ويُعلم المريض كيف يقوم بحقن نفسه . ويؤيد عديد من أئمة الميدان إستخدام هذه الطريقة لمساعدة الرجال ، الذين لديهم مشكلات عضوية فى الانتصاب ، أو أولئك الذين فشلوا فى الاستجابة للأساليب النفسية أو السلوكية . وعلى الرغم من ذلك فهناك حاجة لمزيد من البحوث ، كما يحتاج استخدام هذا الأسلوب للحذر (Althof and Turner, 1992; Crowe and Qureshi, 1991) وبالإضافة إلى ذلك ، فالأمر يحتاج إلى إرشاد نفسى .

---

(1) Penile Prostheses.
(2) Mechanical devices or aids.
(3) Penile ring.
(4) Vibrator.
(5) Vacuum devices.
(6) Papaverine.
(7) Corpus Cavernosum.

العــلاج الســلوكـى

التســكين :

الأسلوب السلوكى العلاجى المعيارى المستخدم فى هذا المجال هو التسكين [1] ؛ حيث تكون المشكلة ناتجة أولياً عن القلق ، ويمكن لخفض القلق بواسطة التسكين التخيلى [2] والحى [3] ، أن يكون مفيداً فى هذه الحالة (انظر Wolpe, 1958) ، وتستنبط المواقف المثيرة لقلق المريض منه ، ثم يتم ترتيبها فى تدرج من الأقل إثارة للقلق إلى الأكثر (انظر Lindsay الفصل السابع) ثم تقدم هذه المواقف للمريض لتخيلها بطريقة متدرجة وهو مسترخٍ . وتقليدياً يتضمن التدرج بنوداً غير جنسية فى المستوى الأدنى (مثال ذلك النظر إلى الشريك فى حجرة مزدحمة) ، ثم يتم الانتقال إلى المواقف الجنسية الصريحة (مثل التواجد فى الفراش مع الشريك وكلاهما عاريان) ، ويمكن بالطبع القيام بخطوات التسكين واقعياً (فى الموقف الحي) بطريقة متدرجة مع العناية الشديدة أو من خلال مزج بين التخيل والتعرض الحى (Olber, 1973 ; Wolpe, 1958, 1991) وتوجد تقارير عن تسكين ناجح فى مواقف جماعية (Ogorman, 1978) .

منحى العلاج المشترك

بينما يمثل التسكين استخدام العلاج المعيارى السلوكى للاختلالات الجنسية عندما يكون مناسباً ، فمن المفيد اعتباره مع بقية الأساليب السلوكية الأخرى بمثابة عناصر يتعين أن تندمج فى حزمة علاجية أشمل . وهذا هو المنحى المأخوذ به اليوم فى كثير من أساليب العلاج الجنسى . ويرجع السبب فى ذلك إلى أن المشكلات الجنسية دائماً ماتكون متعددة الجوانب (انظر الفصل التاسع) ولهذا يتطلب التعامل معها بكفاءة استخدام عديد من الأساليب . وحيث تكون الأساليب السلوكية النوعية لهذه الجوانب من الصعوبة المسئولة عن المشكلة ذات أهمية . والحزمة العامة التى يجب استخدامها على نطاق واسع بهذه الطريقة ، هى العلاج المشترك لماسترز وجونسون (1970) Masters and Johnson ، والذى عدل بعض تفاصيله كُتّاب تالين (مثال ذلك : Bancroft, 1989; Gillan, 1987; Hawton, 1985; Spence, 1991; Wincze and Carey, 1991) .

ويعرض الشريك صاحب المشكلة فى منحى ماسترز وجونسون العلاجى المشترك ، وبرفقته الزوج أو الزوجة بوصفهما زوجين للعلاج . ويشاهد الزوجين فى البرنامج الأصلى ، فريق يتكون من اثنين من المعالجين ذكر ، وأنثى ، ويجرى العلاج بطريقة مكثفة فى شكل جلسات يومية ، على مدى أسبوعين (Masters and Johnson, 1970) . وقد رأى باحثون آخرون أن إضافة معالج ثانٍ لايضيف إلا القليل إلى البرنامج ، كما أن الجلسات لاتحتاج لأن تكون بهذا التكرار المتقارب (Arentewicz and Schmidt, 1983; Bancroft, 1989; Crowe et al., 1982) .

خصائص منحى العلاج المشترك

تتلخص العناصر الأساسية فى نمط العلاج المشترك لماسترز وجونسون فى الآتى :

١ ـ عالج المشكلة باعتبارها متعددة الجوانب . ويساعد ذلك على خفض كل من القلق والشعور بالذنب لدى الشريك الذى يعرض المشكلة ، كما يؤكد هذا الأسلوب أيضاً أن الحاجة هى للتعلم أو اعادة تعلم كيف يحصل الشخص على الرضا الجنسى المشترك .

---

(1) Desensitisation
(2) Imaginal desensitisation
(3) Invivo desensitisation

٢ ـ أعمل على خفض القلق ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال القضاء على أيه محاولة للقلق أثناء الجماع ، ويؤدى ذلك لإزالة الضغط على الأداء ، ويمكن أيضاً استخدام الاسترخاء كوسيلة إضافية للمساعدة .

٣ ـ حدد المهام الجنسية والواجبات التى يتعين القيام بها فى المنزل ، وهى عبارة عن مهام سلوكية معينة ، تتضمن التلامس والتحسس . والمرحلتان الرئيسيتان فى هذه المهام هما مرحلة التركيز على الإحساسات البعيدة عن الأعضاء التناسلية ، وحيث يستبعد خلالها لمس الأعضاء الجنسية والثديين ، وتتضمن المرحلة الثانية الإحساسات المتمركزة حول الأعضاء الجنسية . وتهدف هذه المهام الأساسية مساعدة الزوجين على تعلم الإمتاع والاستمتاع من خلال اللمس، ودون قلق أو مطالب بالممارسة . ومع الانتقال التدريجى من التفاعل الجنسى الأقل إلى التفاعل الحميم .

٤ ـ علِّم الزوجين المعلومات الجنسية ـ مثال ذلك المعلومات التشريحية والفسيولوجية والمناطق الجنسية الحساسية ، وأوضاع الجماع .

٥ ـ ساعد الزوجين على تطوير مهارات تواصل جنسية .

٦ ـ استخدم أساليب محددة لاختلالات محددة .

وبينما البنود السابقة من ١ـ٥ عامة للجميع ، فإن هناك أساليب تدخل نوعية ، مصممة للتعامل مع مشكلات معينة ، وعادة ماتقدم بعد المراحل العامة .

ويمكن اعتبار هذا البرنامج حزمة علاجية سلوكية ؛ بمعنى أنه لايتضمن محاولة لتفسير الأعراض المقدمة بإستخدام المفاهيم الدينامية . كما أن المهام السلوكية جزء أساسى فيه والدرجة التى يسعى بها أى منحى نحو الكشف عن الصراعات ومشكلات العلاقة مندمجة فى هذا البرنامج ، وتختلف من معالج لمعالج ومن حالة لأخرى (انظر Beck, 1992; Woody, 1992) . مثال ذلك أن بانكروفت Bancroft (1989) يستخدم على سبيل المثال برنامجاً على الرغم من قربه اللصيق من الصيغة التى يقدمها ماسترز وجونسون إلا أنه يؤكد هذه العوامل بقدر كبير . ويتعين الاعتراف بأن مشكلات العلاقات الحادة للغاية يمكن أن تؤدى لعدم تمكن الزوجين من تنفيذ البرنامج بنجاح ، وأحياناً ماتأتى مشكلات العلاقات فى الصدارة ويحدث ذلك فقط عندما يحاول الزوجان القيام ببعض المهام المطلوبة . وتحتاج هذه المشكلات لفحصها كلما كانت ذات صلة بالمشكلة (مثال ذلك Crowe and Ridley, 1990) . وعلى الرغم من ذلك ، وحتى فى مثل هذه الحالات .. فإن جوهر البرنامج يمكن أن يظل سلوكياً وسنعود إلى هذه النقطة فيما بعد فى هذا الفصل .

ويعد خفض القلق جزءاً محورياً فى هذه الحزمة ، وكذلك حظر محاولات القلق أثناء الجماع ويساعد على تحقيق ذلك مجرد إزالة قلق الأداء لدى الذكور والخوف من الألم وغيره لدى الإناث . كما يمكن إضافة أساليب أخرى لخفض القلق حسب الحاجة ، وقد وضع ماكارثى Mccarthy (1977,1992) قائمة بعدد من الطرق ، سواء العامة أو النوعية ، التى يمكن استخدامها لخفض القلق فى المشكلات الجنسية.

وتساعد الواجبات المتمركزة حول مشاعر الزوجين الحسية على تعلم كل منهما الاسترخاء فى صحبة الآخر ، والاستمتاع بالإتصال الحسى والتفاعل دون قلق من الفشل . وفى هذه المتعة الاسترخائية

المتبادلة يمكنهما اكتساب الثقة للاقتراب أكثر نحو التفاعل الحميم ، وربما يجدر أن نذكر هنا أن التقدم الحسى من المناطق غير التناسلية إلى المناطق التناسلية ، ومنها إلى الأفعال الجنسية المحددة والأكثر وضوحاً يشابه - فى جوانب كثيرة منه - برنامج التسكين فى الموقف الحى .

واكتشاف الذات والإثاره الذاتية يمكن أن يضمّنا فى هذا البرنامج ، عندما يتطلب الأمر ذلك . كما يُشجع ويُعلم كل من التواصل اللفظى وغير اللفظى فى الموضوعات المثيرة للمتعة وللمشاعر الحسية والأستجابات الجنسية (مثال ذلك كيف يشير للشريك ، أين وكيف يقوم باللمس ، وكيف يعبر عن الاستمتاع بما يقوم به شريكه) . والجوانب اللفظية من هذا النوع بسيطة ، ولكنها جديدة بالنسبة للكثير من الأزواج . ويمكن آن يأخذ التفاعل شكل لعب أدوار وتجرى «بروفة» له أثناءالجلسات فى حضور المعالج . وتعد المقابلات مع المعالج جوهرية فى مناقشة التقدم أو تنفيذ الواجبات ، كما يتعين مناقشة الصعوبات والمشكلات باستفاضة ، وكثيراً ماتؤدى هذه المناقشات حول ردود الافعال إلى ظهور موضوعات ، تتعلق بالعلاقات بين الزوجية لأول مرة (انظر Bancroft ,1989, Hawton,1985).

أساليب نوعية فى العلاج المشترك

وتلخص الاقسام التالية الأساليب المتضمنة فى هذا البرنامج العام ، والتى تستخدم بعد أن تكون المراحل الأولية قد أكملت بنجاح .

سرعه القذف

هناك أسلوبان شديدى التشابه ، يستخدمان مع حالات سرعه القذف (١) وقد أوصى ما سترز وجونسون بما يسمى أسلوب الضغط (٢) ؛ حيث يطلب من الزوجين ممارسة هذا الأسلوب فى مرحلة لمس الأعضاء التناسلية . وتقوم الأنثى بإثارة قضيب شريكها بيدها ، وعندما يشعر الرجل أنه على وشك القذف يشير لها بإشارة سبق الاتفاق عليها . فتقوم على الفور بالضغط على القضيب بشدة لمده ثانيتين إلى ثلاث ثوانى ، ويتم الضغط بإمساك القضيب من أعلاه بالأبهام وبالأصبعين الأول والثانى من الناحية العكسية، كل أصبع من ناحيه حول القمه التاجية للقضيب. ويؤدى الضغط لإفقاد الرجل إلحاح القذف ، وربما يؤدى إيضاً إلى فقدان جزئى للانتصاب . وتتكرر عملية الإثارة والضغط هذه عدة مرات خلال الجلسة ، وتؤدى عدة جلسات كهذه إلى زيادة تدريجية فى التحكم فى القذف . ويطلب من الزوجين بعد ذلك أن يقوما بالجماع بواسطة الإيلاج على أن تكون المرأة فى الوضع الفوقى . ويتعين فى البداية أن لايتبع الإيلاج حركة ، وإذا شعر الرجل أنه على وشك القذف فعليه أن يشير بذلك إلى شريكته ، والتى تبتعد من فوقه بيسر ثم يقومان مرة أخرى بتطبيق عملية الضغط . ويوصى كولودنى وزملائه Kolodny et al., (1979) بأسلوب للضغط القاعدى (٣) فى هذه المرحلة ، وحيث يتعين عدم إخراج القضيب تماماً ، ويتم إمساك القضيب من قاعدته من الامام والخلف ويبدأ الضغط ، وقد يقوم الزوجان بعد ذلك بالعودة إلى الأوضاع المفضلة لهما .

والواقع أن أسلوب الضغط مختلف عن طريق البدء والتوقف (٤) التى وصفها سيمنز Semans (1956) ، والتى استخدمها عديد من المعالجين (مثال ذلك : Kaplan, 1974; 1979) ، وتتضمن هذه

(1) Premature ejaculation.
(2) Squeeze technique.
(3) Basilar Squeeze.
(4) Start-Stop method.

ثم إعادة العملية نفسها عدة مرات . وأساساً الطريقة استثارة القضيب ، ثم التوقف قرب لحظة النشوة ، ثم إعادة العملية نفسها عدة مرات . وأساساً تتم الاستثارة أولاً بيد جافة ، وفيما بعد تستخدم إحدى المواد الزيتية المخففة للاحتكاك ؛ بهدف زيادة الحساسية ولجعل الإحساس أقرب إلى خبرة الدخول فى المهبل (Gillan, 1987) ويتضمن بقية البرنامج إيلاجاً مهبلياً دون الإتيان بحركة، ثم تأتى الحركة بعد ذلك والمرأة أعلى الرجل .

العجـــز (١)

يتم فى مرحلة تحسس الأعضاء الجنسية القيام بإثارة الرغبة ، دون إشباعها ؛ بمعنى إحداث فترات متعاقبة من الإثارة وعدم الإثارة . وبينما تحدث حالات الانتصاب تلقائيًا ، فإن هذا لايعد هدف العلاج . ويشجع الزوجين لترك الانتصاب حتى يخمد قبل إعادة الاستثارة ، ويساعد ذلك على تدريبهما على عدم التسرع فى الجماع بمجرد حدوث الإنتصاب ، كما توضح لهما أن حالات الانتصاب عندما تفقد يمكن إعادة حدوثها .

والمرحلة الثانية هى الإيلاج المهبلى والأنثى فى وضع أعلى الرجل ولكن بدون حركة ، وتقوم الأنثى فى المرحلة التالية بحركات بطيئة ثم توجه الرجل لبدء الحركة أو المشاركة فيها ، مع استخدام أوضاع مختلفة .

القـذف المتأخـر (٢)

الهدف من العلاج فى هذه الحالة هو العمل نحو حدوث القذف داخل المهبل، وذلك من خلال سلسلة من الخطوات التى تتضمن إقتراباً تدريجياً من هذا الهدف . وفى هذه الحالة أيضاً تقدم التعليمات فى مرحلة ملامسة الأعضاء التناسلية . وبالنسبة للذكور الذين لايقذفون بسهولة فى أى موقف ، يوصى أن يقوموا باستثارة نشطة بمعاونة مادة زيتية . كما يمكن أيضاً التفكير فى استخدام جهاز اهتزاز ، وما أن يتم الإقتراب من النشوة بهذه الطريقة حتى تجرى محاولة للإيلاج المهبلى بعد قليل من الاستثارة اليدوية الأولية . أما الرجال الذين تتمثل مشكلتهم فى إنهم لايستطيعون الوصول إلى النشوة فى المهبل ، ولكنهم يصلون إليها من خلال الاستثارة اليدوية فقط ، فيوصى لهم ببرنامج تدريجى ، يتم خلاله تحقيق النشوة بالاستثارة اليدوية ، مع زيادة الإقتراب نحو المهبل . ويتحقق الإيلاج فى المرحلة التالية ، وذلك بعد الإثارة باليد إلى ماقبل النشوة مباشرة . وقد يحتاج الأمر لبعض الإستثارة اليدوية للوصول إلى النشوة عندما يكون القضيب داخل المهبل . وبالتالى ستكون الاستثارة المهبلية وحدها كافية لتحقيق النشوة (Kaplan, 1987) .

الانقباض المهبلى

تعالج هذه الحالة بمساعدة المريضة على تعلم الاسترخاء وإستكشاف أعضائها التناسلية . يتبع ذلك سلسلة متدرجة من الخطوات لتحقيق الإيلاج باستخدام أصابعها هى ، ثم أصابع شريكها أو بإستخدام أجهزة التوسيع (٣) ذات الأحجام المتزايدة (Gillan, 1987; Scholl, 1988) . ويحدث ذلك مع احتفاظها بتحكمها فى نفسها . كما يمكن أيضاً استخدام تسكين تخيلى (٤) ، من خلال مناظر ذات درجات متفاوتة من القرب للجنس ، كما يمكن بالمثل استخدام الإيلاج (Fuchs et al., 1973) .

---

(1) Impotence.
(2) Retarded ejaculation.
(3) Dilators.
(4) Imaginal desensitisation.

نقص القدرة على الوصول إلى النشوة

العنصر الإضافى الرئيسى فى الخدمة العلاجية لحالات نقص القدرة على الوصول إلى النشوة لدى الإناث ، هو ممارسة قدر جيد من التركيز الذاتى والاستثارة الذاتية (١) (Barbach, 1975; 1980; Gillan, 1987; Heiman and Lopiccolo, 1988; Lopiccolo and Lobitz, 1972; Lopiccolo and Stock, 1986; Seealso Narine and Hemsley, 1983) .

ويؤدى ذلك إلى مساعدة المريضة على تعلم الإستمتاع بالإحساسات الجنسية بطريقة مريحة . ويمكن ترتيب هذه الجلسات الشخصية (٢) ، التى تتضمن استثارة إلى أن تتحقق النشوة فى البرنامج الأساسى كواجب موازٍ . وقد تبين أن إستخدام الهزاز يمكن أن يساعد هؤلاء النساء على تحقيق النشوة ، وقد تستخدمه المريضة بنفسها فى البداية ، وقد يساعدها شريكها باستخدامه لها للوصول إلى النشوة فى المراحل التالية . ويمكن بالمثل استخدام التخيلات الجنسية والمواد المثيرة جنسياً كوسيلة مساعدة (Gillan and Spence, 1991) ، وعادة مايشار إلى تدريبات تحقيق التحكم فى العضلة القابضة لفتحة الشرج (٣)، وتقوية نشـــاطها بإســم «تدريبات كيجـــيل» (٤) ، والتى يوصى بها هى الأخرى كوسيلة لتحقيق النشوة . (Gillan, 1987, Kegel, 1952) .

وبالنسبة للنساء غير القادرات على تحقيق نشوة مع شريك ، ولكن لاتوجد لديهن مشكلة فى الإستمناء ، يتعين إضافة عناصر أخرى إلى البرنامج مثال ذلك محاولة إعادة التشريط الشبقى ، وحيث يجرى تعليم المريضة المزاوجة بين جوانب المتعة الإيجابية للاستثارة الذاتية ، أو أى مواقف جنسية أخرى مع خيالات للشريك ، فى برنامج متدرج قائم على التخييلات الجنسية . (Asirdas and Beech, 1975; Gillan, 1987) .

نقص الإهتمام :

عادة مايبدأ نقص الإهتمام الجنسى فى الاستجابة للحزمة العلاجية العامة ، مالم يكن هناك سبب خطير كامن . والأساليب الإضافية التى تستخدم لهذه الحالة هى التركيز الذاتى ، والإثارة الذاتية واستخدام الهزاز ، والاستثارة بإستخدام مواد جنسية مثيرة ـ مثل الصور وأفلام الفيديو وشرائط التسجيل وغيرها . (Gillan, 1987) . وعلى الرغم من ذلك من المهم ألا تكون المواد الجنسية المثيرة التى يوصى بها أو تقدم للمرضى غير مستساغة لهم ، ولهذا فمن الأفضل ترك الإختيار لهم ، والتدريب على التخيلات الجنسية من الأساليب ذات العلاقة أحياناً ، وهى مفيدة لأولئك اللاتى تكون تخيلاتهن الجنسية قليلة (Spence, 1991) . ويمكن استخدام المواد المنشورة مثل مجلدات الخيالات الجنسية من تأليف نانسى فرايدى (Nancy Friday (1976, 1991 لتشجيع التخيلات الجنسية . وقد تبين أيضاً أن استخدام جداول زمنية متفق عليها بين الزوجين لممارسة الجنس مفيد . (مثال ذلك : Crowe and Ridley, 1990) وعلى المعالج أن يتباحث مع الزوجين حول الجدول الزمنى لممارسة الجنس ، مثال ذلك أن يقتصر الجماع على أيام معينة فى الأسبوع ، أو أن كل شريك له أيام معينة يحاول فيها الجنس مع الشريك الآخر . وهذه الطريقة فعالة للغاية فى الحالات ، التى يجد فيها الشريك ذو المستوى الضعيف من الرغبة أن مطالب

---

(1) Self-Stimulation.
(2) Self-Sessions.
(3) Pubococcygeus.
(4) Kegel exercises.

الزوج كثيرة للغاية ، وهو الأمر الذى يجعل المشكلة أسوأ ، ويساعد الجدول الزمنى على إقران نمط مقبول أو قائمة ، يمكن من خلالها تحقيق تقدم أفضل .

بعض الاعتبارات الإضافية في العلاج المشترك

لاحاجة للقول أن ماسبق ذكره ماهو إلا تلخيص ، وربما تناول شديد التبسيط للعلاج المشترك ، وهناك حاجة للإشارة إلى بعض النقاط العامة حول هذا المنحى العلاجي .

(١) الحزمة العلاجية معدة فى صيغتها الأساسية للاستخدام ، مع حالات اختلال الوظائف الجنسية مع عناصر محددة أضيفت لتناسب صعوبات معينة ، وعلى الرغم من ذلك فهناك حالات لاتحتاج لتطبيق الحزمة كاملة لها ، وربما يكون الإرشاد الجنسى والتعليم الأساسى هما كل المطلوب (Hawton, 1955; Kaplan, 1987) . ولاحاجة للقول أنه يجب أن يكون لدى المعالج أسلوب مرن فى تطبيق الحزمة العلاجية أو أجزاء منها .

(٢) هذا البرنامج موجه للمشكلات ذات المنشأ النفسى ، وحيث يحتاج المرضى أصحاب المشكلات العضوية إلى أشكال أخرى من العلاج (انظر ص ٢٣٧) . ومن ناحية أخرى لايوجد سبب يبين لماذا لاتستخدم المراحل المبكرة من البرنامج ، حتى مع أولئك الذين تكون مشكلاتهم غير نفسية المنشأ بوصفها طريقة لمساعدتهم فى نشاطهم الجنسى ولتعزيز خبراتهم الجنسية . مثال ذلك فى حالات الرجال المسنين ممن يعانون من العجز الجنسى ؛ نتيجة للعمر وبعض الأسباب العضوية الأخرى ، قد لايكون باستطاعتهم تجديد وظيفة الانتصاب ، وهناك الكثير مما يمكن أن يحققه لهم برنامج مساعد يسعى لتعزيز استمتاعهم بالنشاط الجنسى وتمكينهم من قبول الجنس دون اعتباره دائماً اتصالاً جنسياً كاملاً (انظر : Gibson, 1992) (لاحظ أيضاً أنه يمكن تشجيع الأزواج على الجماع والاستمتاع به مع قضيب مرتخ أو نصف منتصب . ويمكن للزوجين تحقيق ذلك بمعاونة مادة زيتية ، واستخدام أوضاع تسمح بالوصول السهل إلى العضو التناسلى للأنثي) . ومن المهم أيضاً تذكر أن التمييز بين ماهو عضوى - وماهو نفسى المنشأ ليس واضحاً بشكل حاسم ودائماً مايوجد تداخل . كما أن مشكلة تحدث أو تنتج عن حالة عضوية ، يمكن دائماً أن تتفاقم أو تستمر نتيجة لعوامل نفسية مثل القلق أو إعتلال الصحة وتناقص تقدير الذات . وفى بعض الحالات تكون هناك حاجة للمساعدة النفسية بالإضافة إلى التدخل العضوى .

(٣) يجب تطبيق البرنامج بمرونة ، وتحدد احتياجات كل زوجين الهدف من تعديل البرنامج ، ويجب أن يكون المعالج مهيأ لتغيير اتجاهات البرنامج حيثما ومتى تطلب الأمر . مثال ذلك زوجان يتقدمان بمشكلة سرعة قذف ، يمكن أن تتحول المشكلة لتصبح أساساً عبارة عن نقص فى إستجابية الأنثى. ويحتاج بعض الأزواج لقدر كبير من التعليم المباشر . كما قد لايكون مريض خجول قادر على المشاركة الكاملة فى جلسات العلاج ، إلى أن يتم القضاء على حرجه أو حرجها ، وسيحتاج الأمر إلى قدر كافٍ من الوقت والجهد للوصول إلى ذلك ، وحيث يمكن بعده بدء العلاج ، وقد أوضح لوبيتز وزملائه Lobitz et al. (1976) ووينسز وكارى Winzce and Carey (1991) بشكل جيد مدى الحاجة إلى المرونة .

(٤) قد يواجه البرنامج أحياناً بمقاومة ، وقد لايقوم زوجان بالواجبات المطلوبة منهما ، أو يقومان بها بصورة غير منتظمة أو بشكل خاطف ، وتحتاج صعوباتهم هذه للكشف عنها كاملة . وقد تظهر

المشكلات الزوجية على السطح فى هذه المرحلة ، وحيث يحدث نقص مفهوم تماماً فى التقدم فى الواجبات ، ويتعين فى هذه الحالة توجيه الجهود نحو حل هذه المشكلات . (Bancroft, 1989; Crowe and Ridley, 1990) .

(٥) يتعين ألا تقتصر الإضافات إلى البرنامج الأساسى على الأساليب النوعية التى سبق ذكرها ؛ فأى أسلوب سلوكى مناسب لجوانب المشكلة يمكن مزجه حسبما يتطلب الأمر . مثال ذلك عندما يكون هناك عنصر خوافى موجود ، فيجب محاولة التدخل للتعامل مع الخوف . مثال ذلك أنه بالنسبة لرجل لاينفصل الاختلال الوظيفى لديه عن رغبات شاذة ، قد يكون المطلوب علاجاً إضافياً (انظر الفصل الثامن عشر : Chalkley) .

وفكرة التحليل الوظيفى (Kanfer and Saslow, 1969) مفيدة للغاية فى إبتكار برامج علاجية مخططة لشخص بعينه . وعندما يبين التقييم عوامل محددة بوضوح ذات علاقة بالمشكلة ، فإن التناول النظامى لها يمكن أن يحقق نتائج مهمة ، دائماً ماتكون جزءاً من البرنامج الأساسى ، كما يحدث أن تتحقق أحياناً نتائج ، تماثل نتائج برنامج التدخل الأساسى نفسه (Lobitz et al., 1976) .

التغيرات المعرفية

تزايد الاعتراف بالتعديل المعرفى ، ذى الصلة بالاختلال الوظيفى الجنسى ، بوصفه أحد جوانب العلاج المهمة . وذلك لأن لسوء التوافق دوراً فى استمرار المشكلة ، وهو الأمر الذى يتطلب مواجهة وتغييراً ، فالخرافات الشائعة ، والاتجاهات والمعتقدات الذاتية .. إلخ ، دائماً ماتسهم فى الصعوبات الجنسية (مثال ذلك : Baker and de Silva, 1988; Bishay, 1988; de Silva and Dissanayake, 1989) .

وبالتالى يعد استخدام الأساليب المعرفية جزءاً من الحزمة العلاجية ، دائماً ماتوجد حاجة لوضعها فى الاعتبار . وقد قدمت سبنس Spence (1991) مناقشة مفيدة لاستخدام الإستراتيجيات المعرفية فى علاج الصعوبات الجنسية على وجه الخصوص ، كان من بينها التدريب على التخيلات الجنسية ، وعلى مهارات تركيز الانتباه باعتبارها جوانب ممكنة للعلاج . وعلى أى الأحوال .. فإن أساليب التدخل المعرفية الأساسية تتضمن تحديد وإعادة تشكيل المكونات المعرفية ذات الصلة . كما يجب تحديد الأفكار غير التوافقية أو السلبية وتغييرها ، إذ تطلب الأمر ذلك (مثال ذلك : Zilbergeld, 1987; 1992) . وراجع سبنس لمناقشة شاملة للموضوع (spence, 1991 : 148-64) .

سياق العلاقات

أُشير فى عديد من الفقرات السابقة ،عند الحديث عن العلاج المشترك إلى أهمية عوامل العلاقات . وتوضع هذه العوامل فى الاعتبار بدرجات مختلفة ، ويتبنى بعض الممارسين مثل وودى Woody (1992) وجهة نظر ، ترى أن التعامل مع هذه العوامل يعد جانباً جوهرياً فى العلاج الجنسى ، وهى تقترح منحاً علاجيًا تكامليًا . وأحياناً ماتشكل عوامل العلاقات السبب الجوهرى للمشكلات الجنسية ، وكثيراً مايكون لها دور فى إستمرارها . وأحياناً ماتكون للقضايا المتعلقة بالعلاقات ، مثل : الوضع ، والقوة والسيطرة والثقة ، والغيرة والمودة دور جوهرى فى الصوره الإكلينيكية . وعندما يكون الأمر كذلك ، فإن العلاج المشترك يتطلب إعطاءها الاهتمام الكافى ويصبح التعامل معها مطلوباً . وهناك مناقشة ممتازة لهذه العوامل متوفرة فى كرو ورايدلى Crowe and Ridley (1990) ، وليبلوم وروزن Leiblum and Rosen، (1992) وودى (المرجع السابق) .

بعض القضايا العملية

استخدم ماسترز وجونسون (1970) Masters and Johnson – كما سبقت الإشارة إلى ذلك فى فقرة سابقة فريقاً علاجياً متعاوناً ، يتكون من ذكر وأنثى فى برنامجهما ، غير أن آخرين أوضحوا أن وجود معالج ثانٍ لايضيف إلا القليل لفاعلية البرنامج العلاجى . ومن ناحية أخرى ، فإن وجود معالج ثانٍ من الجنس الآخر للمعالج ، يمكن أن يعد ميزة فى بعض الحالات مثال ذلك أنه يؤدى إلى تيسير التواصل بالنسبة لكل شريك عند الحديث عن المشكلة ، ومشاعره أو مشاعرها نحوها . ويتعين منح الأفراد إمكانية كتابة تقارير فردية للمعالج ، بمعنى أن يكتب كل منهما تقريراً فى عدم حضور الطرف الآخر ، بصورة مختصرة فى كل جلسة على الأقل . ويؤدى ذلك لمساعدة المعالج فى الحصول على تقدير متوازن عن التقدم فى العلاج ، وبقية الأمور الأخرى المتعلقة به .

ومن بين الإضافات الأخرى المهمة ، تزويد المرضى بتعليمات كتابية ، وإيضاحات للبرنامج العلاجى. وبينما استخدمت التعليمات الكتابية ببعض النجاح باعتبارها النموذج الرئيسى للعلاج (انظر Low and Mikulas, 1975) إلا أنه يتعين استخدامها كوسيلة مساعدة للتعليمات التى تقدم شفوياً . ومن المفيد بالقدر نفسه التوجيه بالإطلاع على كتاب جيد فى الجنس ، وهناك عديد من الكتب التى يمكن التوصية بها، من ذلك كتاب بارنز ورودويل (1992) Barnes and Rodwell ، وكتاب دلفين (1974) Delvin ، كما يمكن استخدام الأفلام وشرائط الفيديو والشرائح (Gillan, 1987) .

المرضى بلا شركاء

عند حضور مريض دون مصاحبة الشريك الآخر للعلاج ، فما المساعدة التى يمكن تقديمها له ؟ إذا كان للمريض شريك دائم ، ورغم أنه لايرغب فى القدوم إلى العيادة إلا أنه سيتعاون فى البرنامج العلاجى ، فيمكن فى هذه الحالة استخدام طريقة للتوجيه عن بعد (1) من خلال الشريك الحاضر الذى يقوم أيضاً بدور الموصل للتعليمات ، وسيكون لاستخدام التعليمات المكتوبة أهمية خاصة . وتوحى الخبرة الإكلينيكية أن هذا الموقف أقل من البديل المثالى للعلاج المشترك ، إلا أنه يتعين التفكير فيه فى الظروف المواتية . وإذا كان رفض الشريك القدوم للعيادة يعكس علاقة ضعيفة ، وأن اتجاهه هو أن المشكلة كلها تتعلق بالشريك الآخر ، فيكون من الواضح فى هذه الحالة أن فرص القيام بعمل مشترك ستكون ضعيفة . ومن ناحية أخرى إذا كانت معارضة الشريك للقدوم ناتجة أساساً عن الخجل أو الإحراج ، وأن التعاون فى البيت مؤكد .. فسيكون هناك توقع أفضل لنجاح العلاج .

وهناك مشكلة أخرى مختلفة تظهر عندما لايكون للمريض شريك متاح ، والكثير من الرجال الشباب ممن لديهم مشكلات انتصاب أو قذف، لايوجد لهم شركاء دائمون فحسب ، بل إنهم يتجنبون إقامة علاقات خوفاً من الفشل والرفض . والعلاج الفردى هو البديل الوحيد المتاح فى مثل هذه الحالات مالم يوضع فى الاعتبار العلاج الجماعى والتيسيرات متاحة لاستخدامه . والمبادئ الأساسية للعلاج الجنسى الفردى هى نفسها المستخدمة لعلاج الأزواج : مثل التعلم والإرشاد ، وخفض القلق بالطرق المختلفة ، بما فى ذلك الاسترخاء والتركيز الذاتى والاستثارة الذاتية والتدريب على التخيلات الجنسية ، وجميعها عناصر ممكنة ومفيدة فى أى برنامج . وبالنسبة للأساليب الرئيسية فى علاج سرعة القذف قد يكون أسلوب «البدء – التوقف » أيسر استخداماً من أسلوب الضغط ، ويمكن استخدام التسكين التخيلى فى حالات الخوف أو

(1) Remote Control approach.

القلق ، بينما يكون لعب الأدوار والتدريب على المهارات الإجتماعية مفيداً فى بعض الحالات (McCarthy, 1992) . ويعد برنامج إعادة التعلم الجنسى الذى وضعه زيلبرجيلد Zilbergeld (1978) مناسباً للرجال ممن لديهم قلق جنسى واختلالات مصاحبة على وجه الخصوص . ويرى زيلبرجيلد أنه من المهم تبديد بعض الخرافات الشائعة على نطاق واسع حول الجنس (مثل أن الجنس يعنى دائماً الجماع ، أو أن الذكر يجب أن يكون دائماً صاحب الدور النشط .. وهكذا) . ولمساعدة هؤلاء الناس ، فإن اكتشاف وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول الجنس سيكون عنصر مفيداً فى برنامج فردى للعلاج الجنسى (Zilbergeld, 1992) ، وبالنسبة للإناث فإن تمرينات الاستمناء وتمرينات كيجيل [1] واستخدام الهزاز وبعض الأساليب الأخرى التى أشير إليها فى فقرات سابقة ، يمكن للفرد الذى لاشريك له أن يفيد من استخدامها .

الإنابـــــة

استخدام شريك ينوب عن الشريك الأصلى فى علاج المرضى الذين لاشريك لهم أستخدم وأوصى به بعض المعالجين ، وقد استخدم ماسترز وجونسون هؤلاء النواب لبعض مرضاهم الذكور ، إلا أنهما توقفا عن ذلك فيما بعد . ومازال بعض المعالجين الجنسيين فى الولايات المتحدة يستخدمون العلاج بشريك منوب (Dauw, 1988; Sommers, 1980) ، بينما استخدم كول Cole هذا الأسلوب من العلاج بشركاء منوبين مع ٤٢٥ مريضا منهم ٣٩٠ من الرجال ، ٣٥ من النساء ، وقد أكمل العلاج من هذا العدد ٣١٦ مريضا (بواقع ٧٤,٤ فى المئة) . ولسوء الحظ كانت المتابعة ممكنة بالنسبة لـ ١٣,٣ فى المئة فقط من هؤلاء . غير أن هناك مشكلات خطيرة فى استخدام العلاج بالمندوبين بمافى ذلك مشكلات قانونية وأخلاقية مثال ذلك أن ربع العينة تقريباً كانوا من المتزوجين ، ولم يكن الزوج الآخر يعلم حتى أن المريض قد توجه للحصول على علاج . وهناك سؤال إكلينيكى خطير هو ماإذا كان شخص قد عولج باستخدام شريك ينوب عن الشريك الأصلى ، سيكون قادراً على تعميم ماكتسبه أو اكتسبته على المواقف الأخرى . وفى ضوء هذه التحفظات ، يصعب التوصية بالعلاج بمشاركة منوب ، بوصفه بديلاً فى علاج الإختلالات الجنسية .

العلاج الجماعى

قام عدد متزايد من المعالجين ، خلال السنوات الأخيرة بعلاج مرضى الاختلالات الوظيفية الجنسية علاجاً جماعيًا ، وتشكلت جماعات من الذكور ، وأخرى من الإناث ، وجماعات من الأزواج ، وجماعات مختلطة من أشخاص فرادى . وكانت هناك مجموعات من المرضى ذوى المشكلات المتشابهة ، ومجموعات من أصحاب المشكلات غير المتجانسة (Auerbach and Killman, 1977; Barbach and Flaherty, 1980; Kayata and Szydlo, 1988; Spence, 1985; Zilbergeld, 1975) .

واستخدمت مع هذه المجموعات تنوعات من الأساليب بما فى ذلك التعليم ، وتقرير المهام ، والاسترخاء ، والتسكين ، وتعليمات للاستمناء واستخدام الهزاز ، وجلسات للمناقشة المفتوحة للمشكلات . ويعد العلاج الجماعى مفيداً بالنسبة لصغار السن ، وأولئك الذين يفتقرون للثقة بأنفسهم على وجه الخصوص (Bancroft, 1989) ، بالإضافة إلى كل ذلك ، المزايا النوعية التى تتحقق منه .

---

(1) Kegel exercise.

مساعدة أفراد وأزواج الشواذ

الأزواج الذكور الشواذ ، والشواذ الفرادى يتقدمون بزيادة واضحة للعيادات باحثين عن المساعدة من الاختلالات الوظيفية الجنسية . وتشبه مشكلاتهم إلى حد كبير مشكلات أصحاب الجنسية الغيرية ممن يسعون لطلب المساعدة ، ويمكن استخدام المبادئ العامة التى ذكرت من قبل فى علاجهم . وعلى الرغم من ذلك فإنهم دائماً منشغلون بأمور مختلفة ، مثال ذلك من حيث توجهاتهم ، فبعض الأفعال مثل الجنس الفمي (١) أو الجنس الشرجي (٢) (Reece, 1988; Spence, 1991) وإنشغالات حول التوجهات الجنسية ذاتها يمكن أن تسهم فى تفاقم مشاكلهم مثل المخاوف الخاصة المتعلقة بالجنس الآمن (٣) ، ويحتاج المعالج لاستخلاص انشغالات المريض واهتمامه بصبر وعناية ، والتعامل معها بشكل مناسب . وقد نوقشت بعض القضايا الخاصة بعلاج الرجال الشواذ جيداً لدى جوردون Gordon (1988) .

كفاءة العلاج

ماذا عن كفاءة المناحى المختلفة للعلاج التى سبق مناقشتها ؟

كانت أكثر معدلات النجاح إرتفاعاً هى تلك التى ذكرها ماسترز وجونسون (Masters and Johnson, 1970; also Kolodny, Mastersand, Johnson, 1997) ولايضاهيها ماتوصل إليه الباحثون الآخرون . غير أن هناك دلائل بصفة عامة على أن العلاج المشترك ، والأساليب السلوكية الأخرى التى سبق الإشارة إليها فى هذا الفصل ، كانت مفيدة للكثيرين من المرضى . (Arentewicx and Schmidr, 1983; Bancroft, 1989;Spence, 1991) ولايسهل تقديم تقييم نقدى شامل لهذه الأساليب نتيجة لعدد من العوامل ، منها : عدم تجانس العينات ، ونقص الشكل الموحد لقياس النتائج ، وغموض محكات التحسن ، وكثرة التقارير عن دراسات الحالة ، والتوصيف الناقص لخصائص المرضى ، وغياب البيانات عن أولئك الذين لم يستكملوا العلاج – وعن من فشل علاجهم وهكذا (Beck, 1992) . وفى إطار هذه الحدود تعد البيانات المتاحة مشجعة . وبينما يعد منحى العلاج المشترك الاختيار الأفضل عندما يكون متاحاً ، فإن الأمر متروك للأخصائى الإكلينيكى ؛ ليستخدم أصالته وحكمه فى اختيار عناصر العلاج المختلفة ، التى تكون مناسبة بصفة خاصة ، لكل حالة يشكو منها مريض .

---

(1) Oral sex.
(2) Anal Sex.
(3) Safe Sex.

References

Althof, S. E. and Turner, L. A. (1992) 'Self-injection therapy and external vacuum devices in the treatment of erectile dysfunctions: Methods and outcome', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Arentewicz, G. and Schmidt, G. (1983) *The Treatment of Sexual Disorder: Concepts and Techniques of Couple Therapy*, New York: Basic Books.

Asirdas, S. and Beech, H. R. (1975) 'The behavioural treatment of sexual inadequacy', *Journal of Psychosomatic Research* 19: 345–53.

Auerbach, R. and Killman, P. R. (1977) 'The effects of group systematic desensitisation on secondary erectile failure', *Behaviour Therapy*, 8: 330–9.

Baker, C. D. and de Silva, P. (1988) 'The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation', *Sexual and Marital Therapy* 3: 229–38.

Bancroft, J. (1989) *Human Sexuality and Its Problems, 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barbach, L. (1975) *For Yourself: The Fulfillment of Female Sexuality*, New York: Signet.

Barbach, L. (1980) *Women Discover Orgasm*, New York: Free Press.

Barbach, L. G. and Flaherty, M. (1980) 'Group treatment of situationally anorgasmic women', *Journal of Sex and Marital Therapy* 6: 19–29

Barnes, T. and Rodwell, L. (1992) *A Woman's Guide to Loving Sex*, London: Boxtree.

Beck, J. G. (1992) 'Behavioral approaches to sexual dysfunction', in S. M. Turner, K. S. Calhoun and H. E. Adams (eds) *Handbook of Clinical Behavior Therapy, 2nd edn*, New York: Wiley.

Beigel, H. (1971) 'The hypnotherapeutic approach to male impotence', *Journal of Sex Research* 7: 168–76.

Bishay, N. R. (1988) 'Cognitive therapy for sexual dysfunction: A preliminary report', *Sexual and Marital Therapy* 3: 83–90.

Brindley, G. S. (1983) 'Cavernosal alpha-blockade: A new technique for investigating and treating erectile impotence', *British Journal of Psychiatry* 143: 332–7.

Brindley, G. S. (1986) 'Maintenance treatment of erectile impotence by cavernosal unstriated muscle relaxant injection', *British Journal of Psychiatry* 149: 210–15.

Cheek, J. B. (1976) 'Short-term hypnotherapy for frigidity using exploration of early life attitudes', *American Journal of Clinical Hypnosis* 19: 20–7.

Cole, M. (1988) 'Sex therapy for individuals', in M. Cole and W. Dryden (eds) *Sex Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Cooper, S. J. (1974) 'A blind evaluation of a penile ring – a sex aid for impotent males', *British Journal of Psychiatry* 124: 402–6.

Cooper, S. (1987) 'Preliminary experience with a vacuum tumescence device (VTD) as a treatment for impotence', *Journal of Psychosomatic Research* 31: 413–18.

Crowe, M. J. and Qureshi, M. J. H. (1991) 'Pharmacologically induced penile erections (PIPE) as a maintenance treatment of erectile impotence: A report of 41 cases', *Sexual and Marital Therapy* 6: 273–85.

Crowe, M. J. and Ridley, J. (1990) *Therapy with Couples*, Oxford: Blackwell.

Crowe, M. J., Gillan, P. and Golombok, S. (1982) 'Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study', *Behaviour Research and Therapy* 19: 47–54.

Dauw, D. C. (1988) 'Evaluating the effectiveness of the SECS surrogate-assisted sex therapy model', *Journal of Sex Research* 24: 269–75.

Davidson, J. M. and Rosen, R. C. (1992) 'Hormonel determinants of erectile function', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Delvin, D. (1974) *The Book of Love*, London: New English Library.

de Silva, P. and Dissanayake, S. A. W. (1989) 'The Loss of Semen Syndrome in Sri Lanka: A clinical study', *Sexual and Marital Therapy* 4: 195–204.

Friday, N. (1976) *My Secret Garden: Women's Sexual Fantasies*, London: Quartet.

Friday, N. (1991) *Women on Top*, London: Hutchinson.
Fuchs, K., Hoch, L., Paldi, E., Abramovici, H., Brandes, J., Timor-Tritisch, I. and Kleinhaus, M. (1973) 'Hypnodesensitization therapy of vaginismus, I. In vitro method; II. In vivo method', *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 21: 144–56.
Gibson, N. B. (1992) *Love, Sex and Power in Later Life*, London: Freedom Press.
Gillan, P. (1979) 'Stimulation therapy for sexual dysfunction', *British Journal of Sexual Medicine* 6: (June): 13–14.
Gillan, P. (1987) *Sex Therapy Manual*, Oxford: Blackwell.
Gordon, P. (1988) 'Sex therapy with gay men', in M. Cole and W. Dryden (eds) *Sex Therapy in Britian*, Milton Keynes: Open University Press.
Hawton, K. (1985) *Sex Therapy: A Practical Guide*, Oxford: Oxford University Press.
Heiman, J. R. and Lo Piccolo, J. (1988) *Becoming Orgasmic*, Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
Kanfer, F. H. and Saslow, G. (1969) 'Behavioral diagnosis', in C. M. Franks (ed.) *Behavior Therapy: Status and Appraisal*, New York: McGraw-Hill.
Kaplan, H. S. (1974) *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunction*, London: Bailliere Tindall, New York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H. S. (1979) *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H. S. (1987) *The Illustrated Manual of Sex Therapy, 2nd edn,* New York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H. S., Kohl, R. M., Pomeroy, W. B., Offit, A. K. and Hogan, B. (1978) 'Group treatment of premature ejaculation', *Archives of Sexual Behavior* 3: 443–52.
Kayata, L. and Szydlo, D. (1988) 'Sex therapy in groups', in M. Cole and W. Dryden (eds) *Sex Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.
Kegel, A. (1952) 'Sexual functions of the pubococcygeus muscle', *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynaecology* 60: 521–4.
Killman, P. R. and Auerbach, R. (1979) 'Treatment of premature ejaculation and psychogenic impotence: a critical review of the literature', *Archives of Sexual Behavior* 8: 81–100.
Kolodny, R. C., Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1979) *A Textbook of Sexual Medicine* Boston: Little Brown.
Lazarus, A. A. (1963) 'The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization', *Journal of Nervous and Mental Disease* 136: 272–8.
Leiblum, S. R. and Rosen, R. C. (1992) 'Couples therapy for erectile disorders: Observations, obstacles and outcomes', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.
Lobitz, W. C., Lo Piccolo, J., Lobitz, G. K. and Brockway, J. (1976) 'A closer look at simplistic behaviour therapy for sexual dysfunction: two case studies', in H. G. Eysenck (ed.) *Case Studies in Behaviour Therapy*, London: Routledge & Kegan Paul.
Lo Piccolo, J. and Lobitz, W. C. (1972) 'The role of masurbation in the treatment of orgasmic dysfunction', *Archives of Sexual Behavior* 2: 163–71.
Lo Piccolo, J. and Stock, W. (1986) 'Treatment of sexual dysfunction', *Journal of Consulting Clinical Psychology* 54: 158–67.
Lowe, J. C. and Mikulas, W. L. (1975) 'Use of written material in learning self-control of premature ejaculation', *Psychological Reports* 37: 295–8.
McCarthy, B. W. (1977) 'Strategies and technique for the reduction of sexual anxiety', *Journal of Sex and Marital Therapy* 3: 243–8.
McCarthy, B. W. (1992) 'Treatment of erectile dysfunction with single men', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.
Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little Brown.
Melman, A. and Tiefer, L. (1992) 'Surgery for erectile disorders: Operative procedures and psychological issues', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.
Murphy, C. V. and Mikulas, W. L. (1974) 'Behavioural features and deficiencies of the Masters and Johnson programme', *Psychological Record* 24: 221–7.

Nadig, P., Ware, J. and Blumoff, R. (1986) 'Non-invasive device to produce and maintain an erection-like state', *Urology* 27(2): 126–31.

Nairne, K. D. and Hemsley, D. R. (1983) 'The use of directed masturbation training in the treatment of primary anorgasmia', *British Journal of Clinical Psychology* 22: 183–94.

Obler, M. (1973) 'Systematic desensitization in sexual disorders', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 4: 93–101.

O'Gorman, E. (1978) 'Treatment of frigidity: a comparative study of group and individual desensitization', *British Journal of Psychiatry* 132: 580–4.

Reece, R. (1988) 'Special issues in the etiologies and treatments of sexual problems among gay men', *Journal of Homosexuality* 15: 43–57.

Rosen, J. (1977) 'The psychoanalytic approach to individual therapy', in J. Money and H. Musaph (eds) *Handbook of Sexology*, Amsterdam: Elsevier.

Rosen, R. C. and Beck, G. J. (1988) *Patterns of Sexual Arousal: Psychophysiological Processes and Clinical Applications*, New York: Guilford Press.

Scholl, G. M. (1988) 'Prognostic variables in treating vaginismus', *Obstetrics and Gynaecology* 72: 231–5.

Semans, J. H. (1956) 'Premature ejaculation: A new approach', *Southern Medical Journal* 49: 353–8.

Sommers, F. G. (1980) 'Treatment of male sexual dysfunction in a psychiatric practice integrating the sexual therapy practitioner (surrogates)', in R. Farleo and W. Pasini (eds) *Medical Sexology*, Amsterdam: Elsevier.

Spence, S. H. (1985) 'Group versus individual treatment of primary and secondary orgasmic dysfunction', *Behaviour Research and Therapy* 23: 539–48.

Spence, S. H. (1991) *Psychosexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach*, London: Chapman and Hall.

Wagner, G. and Green, R. (1981) *Impotence: Physiological, Psychological, Surgical Diagnosis and Treatment*, New York: Plenum Press.

Walling, M., Andersen, B. L. and Johnson, S. R. (1990) 'Hormonal replacement therapy for post-menopausal women: A review of sexual outcomes and gynaecologic effects', *Archives of Sexual Behavior* 19: 119–37.

Wincze, J. P. and Carey, M. P. (1991) *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1991) *The Practice of Behavior Therapy, 4th edn*, New York: Pergamon.

Woody, J. D. (1992) *Treating Sexual Distress: Integrative Systems Therapy*, Newbury Park: Sage.

Zilbergeld, B. (1975) 'Group treatment of sexual dysfunction in men without partners', *Journal of Sex and Marital Therapy* 1: 204–14.

Zilbergeld, B. (1978) *Men and Sex*, Boston: Little Brown.

Zilbergeld, B. (1992) 'The man behind the broken penis: Social and psychological determinants of erectile failure', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

الفصل الحادى عشر

فحص مشكلات التفاعل

Interpersonal problems Investigation

Susan H. Spence سوزان هـ. سبنس

الفصل الحادى عشر
فحص مشكلات التفاعل
سوزان هـ . سبنس Susan H. Spence

مقدمة :

تعد القدرة على التفاعل مع الآخرين بطريقة ناجحة ، وتتسم بالكفاءة من الأمور ذات الأهمية الكبيرة فى كل مراحل حياتنا . وقد يكون للفشل فى ذلك آثار بعيدة المدى ، مثال ذلك أن الأطفال الذين يظهرون علاقات واهية بأقرانهم ، تبين أن الاحتمال أكبر لأن يعانوا من مجموعة من المشكلات فى الرشد، مثل الاضطرابات السيكايترية والطرد من الخدمة العسكرية لأسباب غير جيدة (Cowen et al., 1973; Roff, 1970; Roff et al., 1972) .

ومن المعتقد أن أكبر المؤشرات على التوافق بعد الخروج من المستشفى بين المرضى السيكياتريين ، هو مستوى الكفاءة الاجتماعية قبل المرض (Zigler and Philips, 1961) ، وبالمثل تبين أن تكرار دخول المستشفى يرتبط بمستوى الكفاءة الاجتماعية للشخص (Lowe, 1985) . وانطلاقاً من أهمية هذه الخاصية ، من المحُزن أن نجد أن عدداً كبيراً من الناس يعانون من قدر كبير من الصعوبات أو نقص النجاح فى التفاعل الإجتماعى . وتوحى البحوث التى أجريت عن العلاقات بين الأطفال أن الكثيرين منهم لديهم القليل من الأصدقاء أو بلا أصدقاء ، مثال ذلك أن هايمل واشر Hymel and Asher (1977) وجدا أن ١١ فى المئة من الأطفال فى دراستهما كانوا بلا أصدقاء ، ومع ذلك فالدلائل على عدم الملاءمة فى مجتمع الراشدين غير متوفرة . وقد أوحت الدلائل ، فى أغلب البحوث التى ركزت على المرضى السيكياتريين ، أن مابين ٧ إلى ١٦ فى المئة من المرضى قُيموا باعتبارهم غير ملائمين إجتماعياً (Dryant et al., 1976; Curran et al., 1980) .

طبيعة ومحددات مشكلات التفاعل

يبدو من المهم عند هذه النقطة إيضاح المقصود بالكفاءة الاجتماعية أو الملاءمة الاجتماعية ونتائجها الطبيعية ، عدم الكفاءة وعدم الملاءمة . وقد ذكر ترور وزملاؤه Trower et al. (1978a) أنه يمكن النظر إلى شخص ما باعتباره ملائماً اجتماعياً ، إذا كان قادراً على التأثير فى سلوك الآخرين بالطريقة التى يرغبها والتى يقبلها المجتمع ، ومع ذلك فإن ماكفال McFall (1982) ينحو منحىً مختلفاً ، معرفاً الكفاءة الاجتماعية باعتبارها تقييماً عاماً يعكس حكماً لشخص ما على أساس محكات معينة ، من أن أداء الشخصَ ملائم بالنسبة لمهمة اجتماعية معينة ، وبالتالى يمكن النظر إلى الكفاءة الاجتماعية باعتبارها تعتمد على نتائج تفاعل الشخص الاجتماعى ، كما يتحدد من خلال ردود فعل الآخرين . والكفاءة الاجتماعية ليست هى مايفعله الشخص من منظور حكم الآخرين . وبالتالى يترتب على ذلك أن عدم الكفاءة الاجتماعية يعكس الفشل فى تحقيق نتائج ناجحة أو تقييماً إيجابيًا من التفاعل الإجتماعى . ويؤكد كافل Cavell (1990) عديداً من العوامل التى تؤثر فيما إذا كان تقييم الناس للشخص باعتباره كفئًا اجتماعياً

أم لا ، والتى تؤثر بالإضافة إلى كل ذلك فى تقييم أدائه لسلوكيات معينة . وتتعلق هذه العوامل بالسياق الذى يظهر فيه السلوك ، وخصائص الشخص الذى يقوم بالتقييم ، ومجموعة من الخصائص غير الاجتماعية لصاحب الأداء الذى يتم تقييمه . ويقدم كافل مخططاً لنموذج متدرج ثلاثى المكونات للكفاءة الاجتماعية ؛ حيث يوجد التوافق الاجتماعى على قمة هذا المدرج ، باعتباره المدى الذى تحقق الآن من الأهداف الارتقائية المناسبة والمحددة اجتماعياً ، وهى أهداف تتعلق بجوانب متعددة للأداء ، بما فى ذلك الأداء الاجتماعى والانفعالى والأسرى والجوانب المتعلقة بالعلاقات فى الحياة . ويشير كافل إلى أن التوافق الاجتماعى كما يعرف بهذه الطريقة ، يتحدد بعوامل متعددة (مثال ذلك : الجنس ، العرق ، المظهر الخارجى ، القدرة الرياضية ، المهارات الأكاديمية ، ومهارات العمل) وحيث يكون الأداء الاجتماعى الفعلى مجرد جانب واحد . المستوى الثانى فى النموذج المدرج للكفاءة الاجتماعية يطلق عليه إسم الأداء الاجتماعى ، ويعرف باعتباره الدرجة التى يستجيب بها الفرد للمواقف الاجتماعية الأولية ذات العلاقة والتى تستوفى المحكات الاجتماعية المقبولة .

واتفاقاً مع الخط الذى اختطه ماكفال McFall (1982) ، يضع كافل هنا تمييزاً بين الأداء والمهارات ؛ فالأداء هو مايفعله الشخص ، ولكنه يتضمن تقييماً فى ضوء ما إذا كان يحكم على الاستجابة باعتبارها مناسبة اجتماعية لمهمة اجتماعية معينة أم لا . ويتفق ذلك مع موقف كل من دودج وميرفى Dodge and Murphy (1984) اللذين يقرران أننا فى حاجة للنظر إلى الاستجابة الاجتماعية للمهام الاجتماعية المختلفة (مثال ذلك : التعامل مع الصراع ، المبادرة بمناقشة مع غريب ، أو أن نقول «لا» لطلب غير منطقى) ، وذلك بدلاً من النظر إلى معدلات التفاعل أو الجزئيات السلوكية المتقطعة ، التى يفترض أن تكون مهمة إجمالاً عبر كل المواقف الاجتماعية .

وأخيراً يحدد كافل (١٩٩٠) المستوى الثالث ، أى المهارات الاجتماعية ، واتساقاً مع نماذج تداول المعلومات الاجتماعية (١) لمكفال McFall (1982) ودودج وميرفى Dodge and Murphy (1984) ، يصف كافل سلسلة من المهارات المباشرة والمعرفية ، وعمليات متضمنة فى تحديد كيف يسلك الشخص فى موقف اجتماعى معين .

وعلى الرغم من أن نماذج كافل (١٩٩٠) ودودج وميرفى (١٩٨٤) ومكفال (١٩٨٢) جميعها ذات قيمة فى تيسير فهمنا لطبيعة الكفاءة الاجتماعية ومحدداتها، إلا أن قابلية هذه الطرق للاستخدام فى الممارسة الإكلينيكية محدودة . ومن الصعب عادة الفصل بين المستويات المختلفة عند إجراء التقييم ، كما أنه من الصعب تصور أن أغلب الأخصائيين الأكلينيكين لديهم الوقت للتقييم المنفصل لعديد من المهام الاجتماعية ، التى يتعين على أغلب الراشدين التعامل معها . ومايترتب على ذلك بالتالى هو الحاجة إلى نظام ، يقوم على أسس عملية لتقييم الكفاءة الاجتماعية ، يحاول أن يستبقى بعض الخصائص المهمة للنموذج الأكاديمى ، الذى اقترحه المؤلفون الذين سبقت الإشارة إليهم .

---

(1) Social information processing models.

نموذج عملى لتقييم الأداء الاجتماعي

يرتكز النموذج العملى المعروض هنا على أربعة مستويات للتقييم ، هى :

١) النتائج الاجتماعية بعيدة المدى .

٢) النتائج الاجتماعية قصيرة المدى .

٣) السلوك الاجتماعى (بمعنى ماالذى يفعله الشخص ويقوله) .

٤) المهارات والعمليات الاجتماعية ـ المعرفية .

ويوضح جدول (١ ـ ١١) الطريقة التى ترتبط بها هذه المستويات ببعضها . ولايرمى هذا النموذج لعرض الحصيلة النظرية للأداء الاجتماعى ، وهو مصمم للاستخدام العملى .

يعكس كل مستوى نوع المعلومات التى يتعين النظر إليها خلال عملية التقييم، ومن المعترف به أن العلاقة بين كل مستوى تدرجية بالمعنى العام غير المحدد ، وأن كل مستوى تحدده الكثير من العوامل ، سواء الاجتماعية أو غير الاجتماعية ، بالإضافة إلى المستوى السابق عليه .

المستوى الأول : النتائج الاجتماعية علي المدي البعيد

من المفترض أن الكثير من النتائج الاجتماعية البعيدة المدى تنتج عن الطريقة ، التى يسلك بها الشخص فى الموقف الاجتماعى . وترتبط النتائج البعيدة بكفاءة الأداء فى المجالات المختلفة ، مثل : الأسرة ، والزواج ، والعمل ، والصداقة ، ومجالات الترفيه ، ويمكن تقييم الأداء فى هذا المستوى بتعبيرات الكم والكيف للنتائج المختلفة (مثال ذلك الرضا بالعلاقة الزوجية أو العمل) ، ويتحدد الرضا بواسطة الشخص نفسه أو الآخرين ، بالإضافة إلى التأثيرات بعيدة المدى على العلاقات التفاعلية ،

جدول (١ ـ ١١) : نموذج عملي لتقييم مشكلات التفاعل

المستوي	المضمون	ماالذي يتم تقييمه
المستوى الأول	النتائج الاجتماعية بعيدة المدى	الجوانب الكيفية والكمية للعلاقات فى المجالات الخاصة بالزواج ، والأسرة ، والعمل ، والصداقة. وهى مجالات يقيمها الشخص بنفسه أو يقيمها الآخرون.
المستوى الثانى	النتائج الاجتماعية قصيرة المدى	التأثير المباشر الناتج عن التفاعل الاجتماعى ، كما يقيمه الشخص بنفسه أو كما يقيمه الآخرون، أو النتائج الموضوعية مثال ذلك تقديرات التوكيدية، والمهارة الاجتماعية أو استخدام المقاييس الموضوعية للنجاح ، مثال ذلك الحصول على وظيفة أو المشاعر الشخصية مثل الكدر.

المستوى الثالث	السلوك الاجتماعي الصريح	استخدام مهارات الأداء الكبرى والدقيقة ، التكرار والشدة ، الفترة التى تستغرقها صدور استجابات معينة ، سياق الاستجابات . الاستجابات المركبة المهارات الدقيقة ، مثل : التواصل البصرى والتعبيرات الوجهية . المهارات الكبرى مثل رفض طلب غير معقول .
المستوى الرابع	المهارات والعمليات الاجتماعية ـ المعرفية	الإدراك الاجتماعى ، المعلومات الاجتماعية ، القدرة على حل المشكلات الاجتماعية ، ملاحظة الذات، الأفكار غير العقلانية غير المتوافقة أو السلبية ، الاتجاهات والمعتقدات .

ويمكن قياس التوافق الاجتماعى فى هذا المستوى بتعبيرات المترتبات النفسية ، التى تعود على الفرد . ولذلك فإن صعوبات نفسية مثل القلق أو الاكتئاب يمكن أيضاً اعتبارها مترتبات بعيدة المدى لسلوك الفرد الاجتماعى . ومرة أخرى يتعين تأكيد أن عديداً من العوامل ، بالإضافة إلى المستويات السابقة التى تم إيضاحها ، مهمة لتحديد النتائج الاجتماعية بعيدة المدى . ومن الواضح أن هناك مدى واسعًا من العوامل البيئية غير الاجتماعية لها دخل هنا ، غير أنها ليست محور هذا الفصل . مثال ذلك نجاحات الشخص فى مجال العمل ، يمكن أن تتحدد من خلال عديد من المتغيرات مثل حالة الاقتصاد ، والعوامل العقلية والدافعية ، والمظهر الجذاب وصفات الزملاء والرؤساء ، وغير ذلك ، أكثر مما تتحدد فقط من خلال الطريقة التى يتفاعل بها الشخص مع الآخرين فى مكان العمل . وتوجه فى هذا المستوى من التقييم الأسئلة الآتية : هل هناك مشكلة فى التوافق الاجتماعى ؟ وإذا كانت هناك مشكلة ، ففى أى مجال؟ وإذا أمكن تحديد المشكلة ، يصبح من الضرورى عندئذ التقدم نحو المستوى الثانى للتقييم ؛ لكى يتم تحديد ما إذا كانت المشكلة ذات صلة بصعوبات فى التفاعل الاجتماعى ، أم أن عوامل أخرى غير اجتماعية هى المسئولة .

المستوى الثانى : النتائج الاجتماعية على المدى القصير

تتعلق النتائج التى تحدث على المدى القريب بالتأثير الفورى لسلوك الشخص فى تفاعل اجتماعى على الشخص نفسه ، وعلى بقية الناس الذين يشاهدونه والذين يتأثرون بالتفاعل . ويمكن النظر إلى هذه النتائج بتعبيرات الأحكام الذاتية أو من حيث مترتباتها الموضوعية ، مثل وجود أو غياب أحداث معينة ، وتتضمن أمثلة الأحكام الذاتية تقديرات للتوكيدية (1) وقياس للنجاحات ، أو مدى ملاءمة سلوك الشخص خلال التفاعل . وتتضمن المترتبات الموضوعية الدرجة التى تحدث بها مترتبات معينة ، مثل : حل صراعات أو نجاح فى الحصول على وظيفة من خلال مقابلة شخصية . ويسمح أيضاً هذا المستوى من التقييم بتحديد المقيِّم للمهام المعينة ، التى يعانى العميل من صعوبات فيها .

(1) Assertiveness.

وهناك الكثير من مجالات المهام الاجتماعية ، التى يجب أن نكون جميعاً قادرين على التعامل معها . وبعض الأمثلة الشائعة للمهام الاجتماعية تتضمن حل الصراعات ، مبادرة غرباء بمناقشة ، تقديم إجابات توكيدية للمطالب غير المعقولة التى يتقدم بها الآخرون ، تقديم إطراء ، وطلب المساعدة .

وكما هو الحال فى النتائج بعيدة المدى ، هناك أيضاً عديد من العوامل التى تؤثر فى فعالية السلوك الاجتماعى ، بالإضافة إلى مايقوله الشخص ويفعله ، وستتم مناقشة هذه العوامل تفصيلاً فيما بعد . ولكى نلخصها بإيجاز ، يمكن القول أنها تختص بسمات الفرد (مثل : الجاذبية الشخصية أو الجنس) ، وخصائص الشخص الذى يتولى التقييم ، وكذلك بمجال واسع من متغيرات السياق غير الاجتماعية الطابع.

المستوي الثالث : السلوك الاجتماعى الصريح

يُعنى المرء فى هذا المستوى من التقييم بما يقوله الشخص ويفعله فى الواقع ، خلال مواقف اجتماعية معينة ، وما أن يتم تحديد نمط هذه المواقف التى تظهر فيها النتائج السلبية القصيرة ، حتى يصبح من المهم أن يقوم المُقيم بتحديد أساليب السلوك الدقيقة ، التى ينخرط فيها العميل خلال مثل هذه التفاعلات . ويتعين أن يوضع فى الاعتبار عند تقييم السلوك الاجتماعى الصريح حدوث وعدم حدوث ، وتكرار ، وفترة دوام ، وشدة أساليب سلوكية معينة . وكانت هذه الجوانب السلوكية الصريحة للأداء هى محور التراث الخاص بالمهارات الاجتماعية . ومن المقبول هنا القول أن المهارات الاجتماعية ، إنما تشير إلى تلك الأساليب السلوكية المطلوبة بهدف التوصل إلى نتائج ناجحة فى مواقف اجتماعية معينة . وعند هذه النقطة يمكن افتراض أننا قادرون على تحديد أى الأساليب تعد مهارات اجتماعية فى مواقف معينة ، وأيها لايعد مهارات فى مثل هذه المواقف . ويعد هذا الافتراض بمثابة تساؤل قائم ، ولكنه لايمنع الممارسين من العمل وفقاً له فى الممارسة الإكلينيكية . وكثيراً مانكون مخطئين فى افتراض أننا نستطيع تحديد ما إذا كان سلوك شخص ما مناسباً لموقف ما ، مثل ما إذا كان مستواه أو مستواها فى التواصل البصرى ، وهيئته ، أو المسافة الاجتماعية التى يضعها لنفسه مناسبة أم لا . ونحن لانملك فى الواقع الدلائل التجريبية التى تبرر مثل هذه الأحكام . والكثير مما يجرى فى هذا المجال من مجالات التقييم والتدريب على المهارات الاجتماعية يعتمد على الحس الشخصى والمأثورات .

وقد تباينت البرامج فى الدرجة التى تركز بها على المهارات الكبرى [1] ، مقابل المهارات الدقيقة [2] خلال التقييم والتدريب . وتشير المهارات الدقيقة إلى الاستجابات الأساسية فى التفاعل الاجتماعى ، مثل : التواصل البصري، والهيئة [3]، والتعبيرات الوجهية ، وتمثل المهارات الكبرى – من ناحية أخرى – مستوى سلوكيًا أكثر تعقيداً ، وحيث تتكامل المهارات الدقيقة فى إستراتيجيات للتعامل مع مهارات اجتماعية معينة ؛ فالمبادرة بمناقشة ، وإطراء شخص أو التعامل مع إتهام هى جميعها أمثلة للأساليب السلوكية الكبرى المعقدة ، والتى تتكامل فيها مجموعة كبيرة من المهارات الدقيقة .

المستوي الرابع : المهارات والعمليات الاجتماعية المعرفية [4]

يتأثر السلوك الاجتماعى الصريح بشدة بعمليات التفكير ، وتحتاج هذه الأخيرة لأن توضع فى الاعتبار عند تقييم الأداء الاجتماعى . وهناك جانبان منفصلان لهذا المستوى فى التقييم : جانب منهما

(1) Macro-Skills.
(2) Micro-Skills.
(3) Posture.
(4) Social-Cognitive Skills and Processes.

يُعنى بقدرة الشخص على أداء مجموعة من المهارات الاجتماعية المعرفية ، ذات الأهمية فى تحديد مايقال ومايتم عمله ، ويتعلق الجانب الآخر بتأثير الأفكار والاتجاهات والمعتقدات فى تقرير كيف نسلك ، ويتفاعل هذان الجانبان فى النهاية ، ولكننا لأغراض عملية سنعتبرهما فى كل مايلى منفصلين .

وتتحدد الطريقة التى يسلك بها الشخص بصورة صريحة بقدر كبير ، من خلال سلسلة من العمليات المعرفية . ويشدد ارجايل وكيندون Argyle and Kendon (1967) على أهمية مجموعة متنوعة من العمليات المعرفية ، التى تعتبر ضرورية لمساعدة شخص ما على السلوك بطريقة تتسم بالمهارة الاجتماعية. ويلقى نموذجهما الضوء على أهمية دوافع الشخص وأهدافه ، وقدرته على إدراك المعلومات بطريقة صحيحة من العالم الخارجى ، وأن يلاحظ التغيرات ، ويجب على الفرد أن يقوم بعد ذلك بتداول هذه المعلومات ، وأن يصدر الاستجابات الحركية المناسبة ، والتى يتعين أن تعمل بصورة صحيحة . وقد امتد كل من ماكفال MacFall(1982) وموريسون وبليك Morrison and Bellack (1981) وسبيفاك وشور Spivack and Shure (1976) وترور Trower (1979) بهذا النموذج ، ووسعوا فيه ، واقترحوا سلسلة من العمليات المعرفية التى يمكن اعتبارها ضرورية ، ولكنها ليست بمثابة الشروط الكافية لاستجابة تتسم بالكفاءة . ويلاحظ أن الآفات فى أى مرحلة يمكن أن تكون لها تأثيرات مدمرة على مايقوم به الشخص فى نهاية الأمر ، فى موقف اجتماعى .

ويلخص جدول (٢-١١) مدى واسعاً من المهارات المعرفية ، التى يفترض تأثيرها على الطريقة ، التى يسلك بها الشخص فى موقف تفاعل ما .

جدول (٢- ١١) : المهارات الاجتماعية المعرفية

١- الادراك الاجتماعى

تلقي المعلومات ذات العلاقة بالتفاعل من الآخرين ومن البيئة .

الانتباه لجوانب العلاقات التي يتم تلقيها والمتعلقة بالتفاعل .

معرفة القواعد الاجتماعية .

معرفة أهمية أو معني الاستجابات المختلفة .

التفسير الصحيح للمعلومات الواردة .

القدرة علي فهم الاعتبارات المختلفة

٢- مهارات حل المشكلات الاجتماعية

تحديد وجود وطبيعة موقف مُشكل .

تقرير الأهداف المتعلقة بالموقف .

توليد الأفكار في ضوء بدائل الاستجابات المكنة .

توقع الاستجابات ذات الاحتمالية الأكبر لكل مجموعة من الأفعال .

(ويتطلب ذلك معلومات صحيحة عن القواعد الاجتماعية للمواقف المختلفة).

اختيار الاستجابة الأكثر احتمالاً لأن تؤدي للمترتبات المرغوبة .

البحث عن الرصيد الشخصي لاستجابات مشابهة .

توليد مخزون جديد من الاستجابات .

خطط وترتيب فى نظام متتابع لمدى واسعاً من الاستجابات لتنفيذ طريقة عمل مختارة .

٣ـ مراقبة الذات

لاحظ وأدرك بشكل صحيح نتائج أفعالك الشخصية ، واستجابات الآخرين .

صحح مسميات سلوكك الشخصي .

الإدراك الإجتماعى

يعد من الأمور المهمة أن نستطيع الاهتمام بسلوك الآخرين ومشاعرهم ، وأن نفسرها بشكل صحيح ، ويؤدى الفشل فى ذلك إلى احتمال صدور استجابة اجتماعية غير مناسبة . وبهدف الإيضاح لنأخذ المثال الفرضى الآتى لعميل ذكر ، وجُد أنه يتكلم بإفراط ، ويسأل أسئلة شخصيةغير مناسبة عن إحدى عضوات فريق العلاج ، أثناء انشغال الآخرين بالعمل . وتوجد لهذا الموقف عدة تفسيرات ممكنة . من ذلك أن هذا العميل ربما يكون قد فشل فى ملاحظة المؤشرات المعبرة عن الضيق فى تعبيرات وجوه الآخرين ، أو فى نغمة أصواتهم ، أوفى محاولات تجنبه ، وربما لم يدرك أنهم لايرغبون فى استمرار التفاعل معه . وهناك بديل آخر هو أنه غير واعٍ بالقاعدة الاجتماعية ، التى ترى أنه من غير المناسب السؤال عن أمور شخصية للغاية عن الإناث ممن يعرفهن المرء بالكاد . وقد يكون هناك افتراض آخر ، هو أنه ربما أساء تفسير مؤشرات النفور ، التى عبر عنها الآخرون ، على اعتبار أنهم ودودن ومشجعون ؛ مما جعله يصر على سلوكه غير المناسب . وتوضح هذه الأمثلة الآفات فى الإدراك الاجتماعى كما تظهر من جدول (٢ – ١١) . كما يمكن أن تتدخل أيضاً الإعاقات الحسية ، مثل : كف البصر أو الصمم بصورة خطيرة فى الإدراك الاجتماعى ، كما يؤدى إلى الأمر نفسه قصور القدرة العقلية ومهارات الانتباه (Rathjen, 1980) .

مهارات حل المشكلات الاجتماعية

أحياناً ماتكون مهارات الإدراك الاجتماعى مناسبة ، إلا أن بعض الآفات تظهر فى مجال آخر ، وهو مجال حل المشكلات الاجتماعية . وعند وجود شخص لديه صعوبة فى أى من مراحل حل المشكلات ، التى عرضت خطوطها العريضة فى جدول (٢–١١) فالاحتمال الأضعف هو أنه سيختار مجموعة أفعال مناسبة فى موقف ما . ولننظر لحالة العميلة التى نادراً ماتتفاعل مع زملائها فى السكن ؛ فقد تبين أنها تشعر بوحده شديدة وترغب بشدة فى تكوين صداقات ، وعلى الرغم من ذلك فقد كشفت أثناء عملية التقييم أن لديها القليل من الأفكار حول الطرق ، التى يمكن أن تبادر بها الآخرين فى فترات الراحة لتناول القهوة أو الغذاء أو تشاركهم . وكان اقتراحها الوحيد هو أن عليها أن تنتظر ، حتى يطلب منها أحد المشاركة . ونتيجة لهذا اعتبرها الآخرون ، الذين دأبو على تجاهلها ، متحفظة وغير ودودة .

ويبدو أن الأفراد غير القادرين على تحديد طبيعة وجود موقف مُشكل ، وتقديم استجابات بديلة ، والتنبؤ بالنتائج المحتملة ، وإختيار الاستجابات المناسبة ، أقل ميلاً للسلوك بأفضل صورة مناسبة خلال التفاعلات الاجتماعية . وحتى إذا كان لهذه المهارات وجود لديهم ، يظل من الضرورى بالنسبة لهم أن

يكونوا قادرين على التخطيط لاستجابة ، تتضمن مدى واسعاً من الأساليب ، وأن يضعوها فى سياق مناسب . وعلى سبيل المثال ، فحتى التصرف البسيط كالاقتراب من غريب للسؤال عن الوقت ، يتطلب عدداً كبيراً من سياقات الاستجابات المعقدة . فهناك مجال واسع من الاستجابات الدقيقة المطلوبة ، مثل : استخدام الاتصال البصرى ، ونبرة الصوت ، والتعبير الوجهى ، والوضع البدنى ، والصياغة اللفظية المناسبة للسؤال ، مما يتطلب تكاملاً وتوقيتاً جيداً . وبالنسبة لأغلب الناس فإن التكامل بين كل هذه المهارات الدقيقة وصل إلى مرحلة المستوى المستقل من العمليات المعرفية ، وأصبح الشخص غير واعٍ للتحكم فيها أو تنظيم ظهورها (Argyle and Kendon, 1967) . وأحد متطلبات الملاءمة فى هذه المرحلة ، هى معرفة أن الاستجابات المتعددة مهمة لتحديد نتائج التفاعل الاجتماعى . ومن هنا إذا كان هناك شخص غير واعٍ أن الفشل فى إستخدام التواصل البصرى ، أو استخدام نبرة صوت عدائية يؤدى إلى انطباع سلبى لدى الآخرين ، فيحتمل إذاً أنه لن يتمكن من إحداث تغيرات مرغوبة فى سلوكه . وبالمثل يعد من الأمور الجوهرية كون الشخص لديه معلومات عن أن التآلفات المختلفة والسياقات السلوكية الضرورية فى المواقف المختلفة مع الأشخاص المختلفين ، مثال ذلك أن يحكم على أساليب سلوك معينة ، باعتبارها مناسبة مع الأصدقاء الحميمين فى البيت ، مقارنة بالغرباء نسبياً الذين نلتقى بهم فى المصعد . وبالتالى فإن عمليات التقييم تحتاج لتأكيد أن العميل واعى بهذه القواعد الاجتماعية المعقدة ، بالإضافة إلى إعماله للمهارات الضرورية لحل المشكلات .

ملاحظة أو مراقبة الذات [1]

هناك مجال ثالث من المهارات المعرفية يمكن أن يؤثر فى الاستجابة الاجتماعية ، هو قدرةالشخص على ملاحظة سلوكه بشكل صحيح ، ثم إحداث التعديلات الضرورية على استجاباته بناء على ذلك (Argyle and Kendon, 1967; McFall, 1982) ، ويتطلب ذلك أن يتجه انتباه المرء لسلوكه الشخصى ، وأن تُدرك نتائج التفاعل بصورة صحيحة (وهو الأمر الذى ينقلنا إلى مهارات الإدراك الاجتماعي) ، وتؤدى هذه العملية لضرورة أن يكون الشخص قادراً على تسمية سلوكه بشكل صحيح ، وإذا لم يستطع القيام بذلك ، كأن لايكون واعياً أن تعبيرات وجهه أقرب لأن يدركها الآخرون باعتبارها عدوانية ، فإن هذا الجانب من الاستجابة لايحتمل أن يتغير على الرغم من الوعى باستجابات النفور الصادرة من الآخرين .

ويتعين أن نتذكر أن الجانب المعرفى من الاستجابة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالجانب الأدائى ، وما أن يتم تطوير الخطة الضرورية للفعل بتعبيرات المخطط المعرفى ؛ حتى يصبح الشخص قادراً على تنفيذ الاستجابة بصورة صحيحة فى مستوى سلوكى صريح . وكما يحدث بالنسبة لأى مهارة حركية ؛ إذ تؤدى الممارسة المتكررة لها إلى تحسين أدائها ، فالأمر نفسة بالنسبة للاستجابات الصريحة ، التى تصبح أقرب لذلك الذى يحاول الشخص تحقيقه .

الأفكار والاتجاهات والمعتقدات

لأفكارنا واتجاهاتنا ومعتقداتنا تأثير بالغ على الطريقة التى نفسر بها المواقف الاجتماعية ، وعلى الحلول التى نختارها للمشكلات الاجتماعية . وهناك الكثير من المناسبات ، التى يكون الشخص قادراً خلالها على اختيار وتنفيذ حل مناسب لمشكلة اجتماعية معينة ، ولكنه يتأثر بأفكار واتجاهات ومعتقدات معينة للسلوك بطريقة غير مناسبة ، أو بأسلوب غير ناجح ، مثال ذلك أن الأفكار غير التوافقية والاتجاهات

(1) Self-monitoring.

أو المعتقدات السلبية يمكن أن تكف اختيار الاستجابات المناسبة خلال مواقف الصراع ، أو أثناء المهام التى تتضمن تقييماً من جانب الآخرين (HalFord and Foddy, 1982) .

وفيما يلى وصف لحالتين . الحالة الأولى لشاب عُرض فى العيادة ، ولديه مشكلات تتعلق بالتحكم فى حدة مزاجه مع رؤسائه فى العمل . وقد كشف خلال التقييم عن عديد من الاتجاهات السلبية نحو السلطة مثل : «ليس لأحد الحق فى نقدي، وإذا فعل أحداً ذلك فهذا أمر مريع ، ولن أتسامح مع مثل هذا السلوك» وربما لم يكن مثيراً للدهشة أنه كان يميل للتعامل مع تعليمات ونقد الرؤساء فى العمل بطريقة عدوانية . ومن الناحية الفنية كان قادرًا على التفكير فى حلول مناسبة لمثل هذه المواقف ، غير أنه فى الممارسة الواقعية ، كان اختياره للاستجابات متأثراً بقوة بأفكاره واتجاهاته غير التوافقية .

وقد وجدت لدى عديد من الحالات التى تعانى من القلق الاجتماعى ، عملية مماثلة لكف المهارات الاجتماعية المعرفية . وحيث يعانى الناس من أصحاب هذه الحالات من مواقف يشعرون خلالها أنهم موضوع لتقييم الآخرين ، وتوضح الحالة التالية هذه النقطة .: حولت إلى العيادة امرأة فى السادسة والأربعين من العمر ، لها تاريخ طويل من السلوك التجنبى لعديد من المواقف الاجتماعية ، مثل الاجتماع بأناس جدد عليها ، أو تناول الطعام فى أماكن عامة ، والمشاركة فى الحفلات .

وقد حددنا أثناء التقييم عدداً من الأفكار والاتجاهات غير التوافقية ، مثال ذلك أنها إذا دعيت لحفلة فإنها تذكر أفكاراً مثل «غالباً ما لاأستطيع الذهاب ، مع من سأتكلم» ، «وعلى أى الأحوال أنا لاأعرف ما الذى يقال فى هذه المناسبات ، وسيعتقدون جميعاً أننى غبية ، وسيضحك الجميع علي » . وكان من الواضح من اختبارات حل المشكلات الاجتماعية أن هذه المرأة كانت قادرة على حل المشكلات بكفاءة ، ولكن فى مواقف الحياة الفعلية ، كانت حلولها تميل لأن تكف نتيجة لأفكارها ومعتقداتها السلبية .

ويؤكد راثجين (1980) Rathjen على أهمية المعتقدات غير العقلانية وعمليات التفكير المشوهة ، مثل الإحالات العشوائية ، والتضخيم ، والإفراط فى التعميم والتفكير ثنائى البدائل ، والتفكير المأساوى فى تحديد كيفية قيامنا بالاستجابة الاجتماعية . وقد ذكرت أيضاً عوامل أخرى ، يمكن أن تؤثر فى الاستجابة السلوكية مثل الإعزاء غير التوافقى أو غير الصحيح ، والتقييم الذاتى ، والقيم والاتجاهات ، والتوقعات . وبالتالى فمن المقترح هنا أن يتضمن تقييم الأداء الكشف الكامل عن هذه العوامل المعرفية ، التى يحتمل أن تتدخل فى عدم التوافق المعرفى وعدم المناسبة الاجتماعية . وسيكون أمر قليل الأهمية إنفاق وقت طويل فى تطوير مهارات اجتماعية ، إذا لم يكن الشخص على إستعداد لاستخدامها نتيجة لتنافس الأفكار غير المتوافقة .

عوامل أخرى تؤثر فى الاستجابة الاجتماعية

أوضح القسم السابق الخطوط العريضة للعمليات المعرفية المختلفة ، التى تحدد الطريقة التى يستجيب بها الشخص فى موقف اجتماعى . ولكن يوجد لسوء الحظ مجال ضخم لمتغيرات أخرى ، تؤثر فيما إذا كان الشخص سيقوم بالاستجابة بالفعل أم لا ، وهذه المتغيرات موضحة فى جدول (٣-١١) ، فيما يلي :

جدول (٣ – ١١) العوامل المتضمنة في تحديد مشكلات التفاعل

عوامل تتعلق بالفرد	عوامل تتعلق بالبيئة والآخرين
١ ـ خصائص شخصية	١ ـ توافقات بيئية
ـ الجاذبية الشخصية	ـ سوابق ولواحق السلوك الكفء وغير الكفء بما في ذلك النمذجة والحث.
ـ حسن الهندام والملبس	
ـ الإعاقة البدنية	٢ ـ خصائص الآخرين أثناء التفاعل
ـ العمر ، الجنس ، المركز ، الثقافة	ـ العجز ، الجنس ، المركز ، الثقافة ، الجاذبية الشخصية ، الخ
ـ التاريخ التعليمي	
٢ ـ التأثيرات وسوء التوافق المعرفي	ـ الأهداف والمرامي والتوقعات
ـ التحكم في الحركات الفسيولوجية والكفاءة المعرفية للحالات الانفعالية مثل القلق والخوف والغضب	ـ الاستجابة للفرد
	٣ ـ خصائص الحكم علي السلوك
	ـ الخصائص الفردية أي العمر ، الجنس، المركز
ـ ضبط السلوك رغم استجابات التجنب	
ـ الاتجاهات والمعتقدات	ـ المعرفة بالموقف وصاحب الأداء
ـ الإعزاء	ـ التوقعات ، القيم ، المعايير
ـ التوقعات	ـ المعتقدات الثقافية والشخصية
ـ الأهداف والنوايا والدوافع	ـ محكات إصدار الأحكام
ـ القيم	٤ ـ خصائص الموقف والوضع الاجتماعى
ـ مفهوم الذات	ـ تحليل المهام (McFall, 1982)
ـ تقدير الذات	ـ الصعوبة وطبيعة مكونات المهمة
٣ ـ المهارات المعرفية الاجتماعية (انظر جدول ٢–١١)	ـ الأهداف المركبة لكل الأشخاص المشاركين في التفاعل
٤ ـ المهارات السلوكية الاجتماعية الصريحة	٥ ـ المحددات الاجتماعية ـ الثقافية
ـ المهارات اللفظية	ـ معايير وقيم وتوقعات المجتمع والثقافة ، التي ينتمي إليها الجميع.
ـ المهارات غير اللفظية	
	٦ ـ الصلات الاجتماعية وشبكة العلاقات
	ـ مدي توفر الآخرين ممن يمكن للفرد التفاعل معهم.

مثال ذلك ، قد يكون أحد العملاء واعياً بما عليه أن يفعله فى موقف تفاعل معين ، وقد يكون قادراً على الاستجابة بشكل ناجح ، إلا أنه نتيجة لبعض الأسباب قد يختار بديلاً آخر ، ومجموعة أخرى من التصرفات الأقل ملاءمة . وهناك بعض التفسيرات الممكنة لمثل هذا الأمر ، يتعين وضعها فى الاعتبار أثناء التقييم ، كما يتطلب جانب من عمليات التقييم أن توضع فى الاعتبار أيضاً التوافقات البيئية سواء السابقة أو التالية على كل من الاستجابات ذات الكفاءة أو عدم الكفاءة ، وقد يلاحظ فى بعض الأحيان أن السلوك الاجتماعى غير المناسب للشخص يمكن أن ينتج عن عوامل مثل النمذجة [١] ، أو حث وتدعيم الأفعال غير المرغوبة ، وليس عن آفات فى المهارات الاجتماعية . ولنأخذ مثالاً لذلك حالة جون ، وهو مريض فصامى ، يبلغ السابعة والعشرين من العمر ، والذى أصبح يصيح باستمرار بصورة عدوانية فى وجوه أفراد فريق العناية بالمستشفى الذى يقيم فيه . وقد أظهر التحليل السلوكى أن هذا السلوك أتيح له الاستمرار من خلال ضحكات وتحيات أقرانه فى المستشفى ، فى كل مرة يسلك فيها جون بهذا الشكل العدائى نحو أفراد فريق العناية. وفى مهام لعب الأدوار وجد أن جون قادر على التعامل مع فريق العناية بصورة مناسبة ، وأنه يستطيع أن يتقدم بطلباته بطريقة مهذبة ، ولكنه فشل فى ذلك فى موقف الحياة الواقعى ، وكان التدخل المستخدم هنا هو إبعاد التوافقات التدعيمية من رفاقه ، وتدعيم اقترابه المناسب من فريق العناية .

وهناك مجال آخر يمكن أن يؤثر فى الأداء الاجتماعى ، يتعلق باتصالات الشخص وشبكة علاقاته الاجتماعية . ويتباين الناس فى إمكاناتهم على التفاعل الاجتماعى ، وجميعنا لدينا عائلات من أحجام مختلفة ، ونعيش فى درجات متعددة من التقارب الزمانى والمكانى من الأصدقاء والأقارب ، ونعمل مع أعداد وأنماط مختلفة من الناس ، ونعيش فى مناطق مختلفة ذات تسهيلات اجتماعية متباينة . ويجب أن نضع فى الاعتبار إمكانية انخراط أحد العملاء فى تفاعلات اجتماعية معينة ، حيث يحتمل تأثر الكفاءة الاجتماعية بكثرة ممارسة الاستجابات الهادفة. ويكون التدخل مفيداً بقدر أكبر بالتركيز على الاتصالات الاجتماعية الممتدة كلما كان ذلك ممكناً ، مثل : تحديد التيسيرات المحلية ، وترتيب إمكانية قيام التفاعلات مثل الارتباط بمواعيد مع الآخرين ، أو إجراء المقابلات ، وذلك بدلاً من تقرير الجوانب الأخرى للسلوك الاجتماعى .

العوامل المؤثرة فى نتائج ومترتبات الاستجابة الاجتماعية

كما سبق الإشارة ، فإن النتائج القريبة والنتائج البعيدة للأداء الاجتماعى لاتعتمد فقط على مجرد مايفعله الشخص ، بل أيضاً على مجال واسع من العوامل غير الاجتماعية ، وأيضاً على عوامل تتعلق بخصائص الشخص الذى يقوم بالحكم على الكفاءة الاجتماعية (انظر جدول ٣-١١) ، ويتعين وضع هذه العوامل بالمثل فى الاعتبار ، عند اتخاذ قرار حول ما إذا كان التدخل مبرراً ، ونوع التدخل الذى يمكن استخدامه .

الخصائص الشخصية لصاحب الأداء [٢]

تتوفر الآن دلائل عديدة على أن هناك مدىً واسعاً بين الخصائص ، يمكن أن تؤثر فى نتائج التفاعل الاجتماعى مثال ذلك أن الجاذبية الشخصية ، وطراز الملبس ، وحسن الهندام ، ووجود إعاقات

(1) Modeling.
(2) Performer.

بدنية ، اقترحت جميعها بوصفها ذات أهمية .(Glasgow and Arkowitz, 1975; Rothjen, 1980; Trower, 1979)

مثال ذلك أن فشل شخص ما فى موقف اجتماعى ، مثل : الحصول على موعد غرامى أو فى مقابلة شخصية ؛ للحصول على وظيفة يمكن أن تكون له صلة بمشكلات فى أيٍّ من هذه المجالات ، وليس بسلوكه الاجتماعى غير المناسب . وعندما تكون هذه هى الحالة فيتعين أن يتجه التدخل إلى التفاعل مع هذه العوامل ، وليس محاولة تغيير مايقوله الشخص أو يقبله . إن عمر وجنس الشخص ومركزه ومستواه الاجتماعى الاقتصادى ، وطبقته الاجتماعية وثقافته من العوامل ، التى اقترحت بوصفها تؤثر فى الكفاءة الاجتماعية . (Rathjen, op. cit.) .

خصائص الآخرين والموقف

هناك عديد من أشكال السلوك المطلوبة فى المواقف الطبيعية المختلفة (مثل العمل والبيت) ، ومع أناس مختلفين (مثال ذلك الذكور والإناث) والمزج بين أهداف كل المشاركين والظروف يحدد طبيعة التفاعل (لنقل مثلاً : مقابلة شخصية للحصول على وظيفة أو عمل صداقات) ونوع السلوك المطلوب للنجاح الاجتماعي. ويناقش ماكفال McFall (1982) الحاجة لعمل تحليل مهام [1] ؛ حيث يتم فيه تجزئة كل تفاعل اجتماعى ، يتعين أن يتعامل معه العميل إلى عدد من الخطوات ، تضع فى اعتبارها خصائص كل من الموقف وكل الأشخاص المشاركين فيه . وسيتأثر نوع السلوك المطلوب للوصول إلى نتائج ناجحة فى تفاعل اجتماعى ما بخصائص الأشخاص الآخرين المشاركين فى هذا التفاعل. مثال ذلك أن أساليب السلوك المختلفة التى قد تكون مطلوبة لتناول ناجح لمهمة اجتماعية ، قد تعتمد على عوامل مثل العمر والجنس والمركز والطبقة الاجتماعية والثقافية والتوقعات والقيم ، والمعتقدات الثقافية الشخصية والمعلومات حول الشخص الآخر .

وأحياناً مايُتبين أن عميلاً قد حُول للعيادة على أنه غير كفء إجتماعياً ، فيُقيم على أنه كفء بقدر كافٍ بواسطة المعالج ، ولكنه يفشل فى تحقيق محكات الآخرين كالزوج مثلاً أو الزملاء أو رب العمل . وبالتالى يمكن النظر إلى المشكلة على أنها توقعات مفرطة الارتفاع من جانب الآخرين ، وليس على أنها أداء غير مناسب من جانب العميل . وكما يشير ماكفال McFall (1982) فإن عدم الكفاءة الاجتماعية يمكن النظر إليها باعتبارها ناتجة عن عدم تطابق أداء الشخص والمهام المطلوبة منه والواقعة عليه ، وبالتالى يحتاج التدخل إلى التركيز على خفض المهام المطلوبة والمحكات التى وضعها الآخرون .

المحددات الاجتماعية ـ الثقافية

سيكون من الضرورى وضع الخلفية الاجتماعية الثقافية للعميل موضع الاعتبار ، خلال التقييم نظرًا لما لها من دلالات مهمة فى تفسير الحكم بالكفاءة الاجتماعية وفى تصميم برامج العلاج . وهناك القليل من المعلومات المتاحة ، التى تتعلق بمحددات الخلفية الاجتماعية الثقافية للسلوك الاجتماعى ، كما أن الكثير من أدوات القياس قننت فى الولايات المتحدة الأمريكية فقط ، ومن هنا سيحتاج المعالج للقيام ببعض البحوث بنفسه ، ومما لاشك فيه أن الثقافات المختلفة والجماعات الاجتماعية لديها قواعد ومعايير مختلفة للسلوك . وقد تظهر المشكلات عندما ينخرط شخص ما من مجموعة ثقافية فى استجابات

(1) Task-analysis.

اجتماعية ، تعد مناسبة فى ثقافته الخاصة ، ولكنها غير مناسبة فى الثقافات الأخرى . ويعد ذلك من الأمور التى يكون من المهم تذكرها عند العمل مع جماعات الأقلية ، حيث يجب أن يتضمن التقييم فحصاً عن أىّ المجموعات هى التى يجد العميل أنها مصدر للمشاكل ، وفى أى المجموعات يكون العميل كفئاً . ويتعين أن يحدد التقييم أيضاً المهام الاجتماعية التى يجب أن يكون العميل قادراً على القيام بها فى الثقافات المختلفة، وبهذا ستكون هناك حاجة لأن يتجه قدر من التدخل إلى تعليم الطرق المناسبة للاستجابة، وفقاً للثقافات المختلفة والمواقف التى تتضمنها .

عمليات التقييم

كان المعالجون يميلون فى الماضى إلى الأخذ بوجهة نظر ضيقة للغاية ، فيما يتعلق بالسلوك الإجتماعى ، مع اهتمامهم بقدر أكبر بجوانب التقدم فى البحث والدراسة ، التى تُعنى بجوانب المهارات الاجتماعية والحركية الصريحة للكفاءة الاجتماعية . ومع ذلك فإن فحص بيانات البحوث يكشف عن أن هناك حدّاً أدنى من الدلائل ، التى توحى أن تحسن الأداء فى المهارات الاجتماعية الأساسية ، مثل : التواصل البصرى ، ونبرة الصوت أو الهيئة يؤدى إلى فوائد دائمة وجوهرية فى مجال السلوك الاجتماعى للتفاعلات اليومية للعميل (Benton and Schroeder, 1990) .

وبصفة عامة .. فإن العملاء يحالون إلى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين ، للتدخل فى مجال الكفاءة الاجتماعية ، وذلك نتيجة لمترتبات اجتماعية سلبية تحدث على مدى طويل ، مثل : نقص الأصدقاء ، صعوبة مسايرة الآخرين ، صعوبة توكيد الذات فى مواقف الصراع ، أو التحكم فى ثورات حدة المزاج عند حدوثها . ويتطلب التدخل الناجح تحسناً جوهرياً ودائماً فى مجالات المشكلات الكبرى هذه . ونقترح هنا أن يتبنى المعالج وجهة نظر واسعة للأداء الاجتماعى فى كل من التقييم والتدخل ، ويتطلب ذلك أن توضع فى الاعتبارالعوامل المتعددة ، التى تحدد الكفاءة الاجتماعية كما سبق عرضها . ويمكن إستخدام أساليب تقييم متنوعة للمستويات الأربعة التى سبق وصفها . وتسمح هذه المستويات الأربعة للتقييم ، التى سبق عرضها بتحديد الأفراد ، الذين يعانون من مشكلات تفاعل فى المستويات ١ ، ٢ ثم اختبار الدرجة التى تكون بها هذه المشكلات نتيجة لآفات فى المهارات السلوكية الصريحة ، أو الاجتماعية المعرفية فى المستويين ٣ ، ٤ . ويناقش القسم التالى مصادر المعلومات التى يمكن إستخدامها فى كل مستوى من مستويات التقييم . ويتعين وضع عدة عوامل فى الاعتبار عند إختيار أدوات القياس ، مثال ذلك ضرورة أن تناسب أدوات القياس المستخدمة خصائص العميل . ولأن الأدوات المختلفة متاحة للمرضى السيكايتريين ، وطلاب الكليات ، فعلى الفاحص أن يضع فى اعتباره أيضاً الخصائص السيكومترية للأداة المستخدمة من حيث صدقها وثباتها . ولسوء الحظ فإن الكثير من الأساليب المستخدمة فى قياس مشكلات التفاعل ، ذات صدق وثبات مشكوك فيهما ، ويتعين استخدامها بحذر .

طرق التقييم

هناك كثير من مصادر المعلومات ، التى يمكن استخدامها فى تقدير مشكلات التفاعل ، ويمكن الحصول على البيانات من العميل نفسه ، ومن الأشخاص المهمين فى حياته ، مثل : الزوج أو الصديق أو الوالد ، وبواسطة ملاحظة العميل فى مواقف منبهة فى العيادة ، أو ملاحظته فى مواقف الحياة الواقعية ، وقد تتضمن الأساليب المستخدمة المقابلات والاستخبارات ، وقوائم الاختبار ، والمذكرات اليومية ،

والملاحظة المباشرة أو المسجلة على شريط ڤيديو . وكل مصدر من مصادر المعلومات ، وكل طريقة لجمع البيانات لها مجموعة من المزايا والعيوب الخاصة بها . ويميل الفاحص فى الممارسة إلى استخدام مجموعة من الطرق المختلفة ؛ بهدف الحصول على صورة كاملة للمشكلات التى يعرضها العميل .

ويحاول القسم التالى تقديم مراجعة للطرق ، التى يكثر استخدامها فى تقييم مشكلات التفاعل فى سياق المستويات الأربع للتقييم ، التى سبق إيضاحها فى بداية هذا الفصل .

أساليب التقدير الذاتى

ظلت مقاييس التقدير الذاتى أكثر مصادر المعلومات واسعة الانتشار ، المستخدمة فى قياس الكفاءة الاجتماعية فى مرحلة إجراء الفحص الأولى ، على وجه الخصوص ، وفى قياس القلق الاجتماعى ، وسوء التوافق المعرفى . ومن الواضح أن العميل هو المصدر الوحيد للبيانات ، فيما يتعلق بالأحداث المعرفية مثل مشاعر القلق أو الأفكار غير العقلانية . وبالمثل .. فإن الفرد هو الشخص الوحيد الحاضر أثناء تفاعلاته الاجتماعية ، وتوفر المعلومات التى يتم الحصول عليها مجرد بيانات عن ما الذى يميل الشخص لإدراكه وتذكره ، وكيف يميل لهذا الإدراك فى كل مايتعلق بتفاعلاته . وقد يتباين ذلك بشدة مع ما يحدث فعلاً ، غير أنه طالما أن بيانات التقارير الذاتية مطلوبة بشدة وذات قيمة جوهرية ، فإن الأمر يتطلب التعامل معها بحذر ، وإن تراجع مقابل المعلومات الأخرى لتحديد مجالات التفاوت فيما بينهما .

المقابلة المعرفية السلوكية والتاريخ الشخصى

توفر المقابلة المعرفية السلوكية والتاريخ الشخصى (انظر الفصل الأول)معلومات مفيدة فى الفحص الأولى ؛ لتحديد ما إذا كان العميل يقَيم سلوكه باعتباره سلوكًا مُشكلاً فى أى تفاعل اجتماعى ، وأنه يرغب فى تغييره . ويمثل هذا المستوى الأول من التقييم الذى يكون الهدف منه تقدير ما إذا كان العميل يعانى من خبرات سلبية ممتدة لفترة طويلة فى العلاقات الاجتماعية ، فى مجالات ذات صلة مثل الزواج أو الأسرة أو العمل والصداقات الاجتماعية . ويجب توجيه أسئلة حول جودة العلاقات فى هذه المجالات ، وما إذا كان العميل راضياًعنها ، وما إذا كان الآخرون يرون أن هذه العلاقات تمثل مشكلة . مثال ذلك قد يسأل الفاحص ما إذا كان للعميل أصدقاء مقربون ، وما إذا كان أو كانت تشترك فى المناسبات الاجتماعية ، أو ما إذا كان أو كانت محبوبة من زملاء العمل . كما يجب أيضاً فحص المشاعر الذاتية التى تعكس الرضا الممتد عن العلاقات أو الشعور بالوحدة .

وإذا حددت مشكلات فى أى من هذه المجالات أو غيرها ، يصبح من المناسب بعدئذ التقدم نحو المرحلة الثانية من التقييم ؛ لتقدير ما إذا كانت هذه الصعوبات ناتجة عن تفاعلات اجتماعية سلبية ، أم إنها تعكس محددات أخرى غير اجتماعية للكفاءة الاجتماعية . ويجب أن تفحص الأسئلة تكرار حدوث نتائج سلبية على المدى القصير للتفاعلات الاجتماعية فى المجالات ، التى تظهر فيها المشكلات . وعندما تلاحظ المشكلات فى بيئة العمل ، فعلى التقييم أن يتجه لمحاولة تحديد المواقف الاجتماعية المعينة ، التى تظهر فيها المشكلات ، ما هى بالضبط هذه النتائج السلبية ، ما تكرار حدوثها ، ومع من . ويوضح المثال الخاص بالحالة الآتية هذه النقطة .

يبلغ بريان الخامسة والأربعين من عمره ، حضر إلى العيادة بنفسه نتيجة لشعوره أساساً بالاكتئاب . وذكر بريان خلال التقييم صعوبات جوهرية فى العمل ، تجعله يحصل على أجازات مرضية كثيرة للغاية ، وكشف تقييم تالٍ عن أنه مدير قسم صغير ، كل من يعمل فيه من النساء ، وأنه يعانى من

صعوبات كبيرة فى التعامل بطريقة توكيدية فى أدائه الإدارى ، وقد ذكر أنه كثيراً ما يعطى تعليمات للنساء يبدو أنهن يتجاهلنها ، ونتيجة لذلك كان يتأخر كثيراً فى الانصراف من العمل حتى ينجز المطلوب بنفسه .

وأحياناً مالا يكون العميل هو أفضل شخص ، يقدم المعلومات عن الطريقة التى يقيمه بها الآخرون، أو تأثير سلوكه على الآخرين ، وبالتالى فمن الضرورى الحصول على معلومات إضافية عن المترتبات على المدى القصير للتفاعلات الاجتماعية ، من مصادر أخرى للتقييم ، مثال ذلك أنه يمكن ملاحظة أسلوب التفاعلات خلال لعب الأدوار ، وتوضع له تقديرات بواسطة محكمين مستقلين بهدف تقييم مستوى المهارة الاجتماعية أو التوكيدية فى أنواع معينة من التفاعلات الاجتماعية (إنظر ص ٢٨٦). وفى حالة بريان سألناه أن يلعب دوراً فى موقف ، كان عليه أن يعطى فيه التعليمات لواحدة من مرؤساته بأن تتوقف عن ما تقوم به من عمل ، لتكمل عملاً أخراً عاجلاً ، وقد قمنا بتسجيل لعب الأدوار بالفيديو ، وطلبنا من مُحكم مستقل أن يقدر مستوى التوكيدية ، واحتمال إتمام المرؤسة للعمل فى الوقت المطلوب ، وقد قُدر بريان على أنه غير توكيدى على الإطلاق فى طلباته ، وأُعتبر أنه من غير المحتمل كثيراً أن تذعن الموظفة لتعليماته . وبالتالى فقد انتقل التقييم إلى المستويين الثالث والرابع ، بهدف تحديد ما الذى يقوله بريان ويفعله على وجه التحديد ، والذى يؤدى لانطباع سلبى لدى الآخرين ، ولماذا كانت الحالة هكذا.

وكان التحليل السلوكى التفصيلى له أثناء لعبه الدور مفيداً هنا ، بالإضافة إلى المصادر الأخرى للمعلومات التى ذكرت من قبل .

وعند الوصول إلى مرحلة تقييم القلق الاجتماعى والاتجاهات والمعتقدات أو سوء التوافق المعرفى ، يمكن للمقابلة أن توفر أيضاً معلومات ذات قيمة ، وقد ناقش ارنكوف وجلاس Arnkoff and (1989) Glass هذا المجال بعمق .

وفى حالة بريان فقد ذكر شعوره بالقلق الشديد قبل توجيهه التعليمات للنساء العاملات فى إدارته وتوقعه لنتيجة سلبية ، وكانت هذه هى الحالة بالضبط ، وقد ذكر أفكاراً مثل : « أعتقد أن جانين لا تحبنى ، وأن هؤلاء النساء يضحكن خلف ظهرى ، كيف أستطيع بالله إتمام هذا العمل حتى يوم الاثنين ، ستشتاط غضباً إذا طلبت منها القيام بهذا العمل ، أنا لا أصلح لهذه الوظيفة ، إن هذا مريع ». وأخيراً فالمقابلة مفيدة للكشف عن بعض المحددات غير الاجتماعية للكفاءة الاجتماعية ، مثل : مدى العلاقات الاجتماعية والخصائص الشخصية .

استخبارات التقرير الذاتى

هناك تنوع متاح فى استخبارات التقرير الذاتى ، وهى مصممة لأغراض مختلفة . وبعضها أكثر فائدة فى المستويين الأول والثانى لعمليات التقييم ، بينما البعض الآخر يمكن استخدامه لتقييم السلوك الصريح أو المهارات الاجتماعية المعرفية فى المستوى بين الثالث والرابع . ولسوء الحظ فإن الكثير من طرق الاختبار تختلط فيها مستويات القياس المختلفة ، وتؤدى إلى خلط بين نتائج السلوك والمهارات ، ويؤدى هذا إلى مشكلات فى المستوى النظرى ؛ لأن الكثير من الاستخبارات التى يبدو من ظاهرها أنها تقيس الكفاءة الاجتماعية ، إنما تقيس فى الحقيقة مدى ظهور أساليب سلوكية معينة ، يفترض أنها تؤدى إلى مجرد نتائج سلبية ، والتى قد لا تكون هى المطلوب معرفتها بالضرورة . وبالمثل تدعى بعض المقاييس أنها تقيس المهارات الاجتماعية ، بينما هى توجه فى الواقع أسئلة حول النتائج. مثال ذلك السؤال الآتى : «هل يستطيع هو أو هى عقد صداقات بسهولة ؟ »إنما يعكس نتائج وليس مهارة اجتماعية . ويتعين وضع هذا التميز فى الاعتبار عند إختيار أدوات القياس .

وتحاول بعض إستخبارات التقدير الذاتى أن تلتف حول هذه المشكلة بقياس النتائج وأساليب السلوك ، مثال ذلك استخبار المواقف الاجتماعية [١] الذى أعده براينت وترور Bryant and Trower (1974) ، والذى يتطلب تقديرات ذاتية لكل من تكرارات أداء بعض الأساليب السلوكية ومستويات صعوبتها . وقد تطور هذا الأسلوب أساساً من المواقف الاجتماعية ، التى حددها طلاب جامعيون ، ولكنه استخدم منذ ذلك الحين مع المرضى السيكاتريين الراشدين ، ويذكر تراور وزملاؤه .Trower et al (1978b) أن للمقياس إتساقًا داخليًا ، وأنه حساس للتغيرات التالية للتدخل (مابعد العلاج) . وهناك استخبار آخر يتناول بشكل منفصل كلاً من الجوانب الذاتية والسلوك ، وهو بطارية جامبريل وريتشى Gambrill and Richey (1975) . وهذا المقياس قاصر على المواقف التى تتطلب استجابة توكيدية ، ولكنه يسأل العملاء أن يضعوا تقديرات لدرجة عدم الراحة ، التى يمكن أن يعانوا منها ، إذا كان عليهم أن يقوموا بسلوك معين واحتمال أن ينخرطوا فى مثل هذا السلوك ، ومرة أخرى فإن هذا المقياس طور أساساً للاستخدام مع الطلاب الجامعيين ، إلا أن خصائصه السيكومترية جيدة ، وقداستخدم على نطاق واسع مع جمهور المرضى (Baggs and Spence, 1990) .

وقد جذب مجال التوكيدية الجهود لتطوير الكثير من استخبارات التقدير الذاتى ، ويحتمل أن يكون مقياس راثوس للتوكيدية [٢] (Rathus, 1973) هو أوسع هذه المقاييس انتشاراً وأفضلها تصميماً ، ورغم ذلك فإنه صمم أيضاً للاستخدام مع طلاب الجامعة ، الذين استخدموا فى أغلب عمليات التقييم السيكومترى للمقياس . ويذكر أن ثبات إعادة الاختبار مناسب ، كما أن له معاملات جيدة لثبات التنصيف ، وكذلك ارتباط الدرجة عليه مع تقديرات الأقران ، وقد طور ماكورميك McCormick (1984) صورة مبسطة من مقياس راثوس ، استخدمت بنجاح مع عديد من الفئات الإكلينيكية ، بما فى ذلك الفصاميين (Payne and HalFord, 1990) ويتضمن مقياس ولبه ـ لازاروس للتوكيدية [٣] Wolpe and Lazarus (1966) أيضاً ثلاثين بنداً ، تمثل عينة من السلوك التوكيدى فى مواقف مختلفة ، ويتوفر القليل من المعلومات حول صدقه وثباته ، على الرغم من أن إيزلر وزملاءه .Eisler et al (1973, 1975) ذكروا أنه يميز بين المرضى السيكاتريين المقيمين فى المستشفى ، الذين قدروا على أنهم مرتفعون ومنخفضون على الاختبارات السلوكية للتوكيد . ومن أساليب التقدير الذاتى الأخرى المستخدمة لقياس الاستجابات التوكيدية بطارية حل الصراع [٤] (McFall and Lillesand, 1971) ، ومقياس الكلية للتعبير الذاتى [٥] (Galassi et al., 1974) . وتتوفر بعض الدلائل التى تؤكد الصدق أو الثبات لهذه المقاييس ، ونحيل القارىء إلى المصادر الأصلية .

وقد كثر استخدام استخبارات التقدير الذاتى أيضاً فى قياس القلق الإجتماعي، وعلى الرغم من أن عديداً من المؤلفين شددوا على الحاجة إلى تقييم منفصل للمكونات الفسيولوجية والمعرفية والحركية للقلق الاجتماعى ، إلا أن أغلب الاهتمام اتجه إلى أساليب التقدير الذاتى ، مركزاً على الجوانب المعرفية والسلوكية . وتدور الأسئلة بشكل نمطى حول سلوك التجنب والمشاعر الذاتية للخوف والقلق . وكان الرواد فى هذا المجال هما واطسن وفرند Watson and Friend (1969) اللذان أكتشفا مكونين للقلق الاجتماعى

(1) Social-Situation Questionnaire.
(2) The Rathus Assertiveness Scale.
(3) Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale.
(4) Conflict Resolution Inventory.
(5) College Self-Expression Scale.

لدى طلاب المدارس الصيفية فى كندا : المكون الأول هو الميل إلى تجنب عدم الراحة ومعاناتها فى المواقف الاجتماعية ، كما تقاس بواسطة مقياس التجنب الاجتماعى والكدر (١) . والثانى هو الخوف من التقييم السلبى من جانب الآخرين كما قيس بواسطة مقياس الخوف من التقييم السلبى (٢) ، وكان للمقياسان ثبات إعادة اختبار جيد ، وتجانس داخلى وقدرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين (Arkowitz, 1977) . ومازالت هذه المقاييس مستخدمة على نطاق واسع فى البحوث وفى الممارسة الأكلينيكية ، وقد طور ريتشاردسون وتاستو Richardson and Tasto (1976) بطارية القلق الاجتماعى (٣) والتى تتضمن مئة بند مشتقه من عملاء لديهم مستويات متدرجة من القلق الاجتماعى ، وقد أمكن إستخلاص سبعة عوامل للخوف هى : الخوف من عدم التأييد أو التقييم السلبى ، التوكيدية الاجتماعية والوضوح ، المواجهة وتعبيرات الغضب ، الصلات الجنسية الغيرية ، الود والتفاعل الدافيء ، الصراع مع الوالدين ورفضهما ، والخسارة التفاعلية . وقد طور هذا الأسلوب فيما بعد بواسطة كوران وزملائه Curran et al. (1980) ليتضمن تقديرات لكل من المهارة والقلق .

مقياس أخير للقلق الاجتماعى يستحق الإشارة إليه هو «مسح التفاعلات الجنسية الغيرية » (٤) Twentyman and McFall (1975) والذى يتضم عشرين بندًا وهو مقياس متدرج ذو سبع نقاط للكشف عن المجالات النوعية للتفاعل مع الجنس الآخر لدى الذكور من طلاب الجامعة . ويذكر أن للمقياس ثبات إعادة اختبار وصدقًا تكوينيًا (Twentyman and Zimering, 1979) ، ولكن يعتقد أنه ضعيف من حيث قدرته على التمييز بين المهارات الاجتماعية ومشكلات القلق الاجتماعى (Mariotto et al., 1979) .

وقد حظى تطوير الاستخبارات التى تقيس السلوك عبر أنواع أخرى من التفاعلات الاجتماعية بقدر أقل من الاهتمام ، ومع ذلك فإن قائمة مسح الأداء الاجتماعى (٥) التى صممها لوى وكوتيلا Lowe and Coutela (1978) تتضمن محاولة لفحص مجال واسع من المهارات الاجتماعية عبر قطاعات مختلفة من الأداء الاجتماعى . وتتكون القائمة من مائة بند ، تنقسم إلى جوانب إيجابية وسلبية للسلوك الاجتماعى ، يتعين الإجابة عن كل بند منها على مقياس من خمس نقاط ، يعبر عن تكرار الحدوث للسلوك موضوع البند . ويذكر أن للمقياس ثبات إعادة اختبار ، وارتباطات دالة بين الدرجة الكلية ومستوى الاكتئاب ، ومستوى النشاط الاجتماعى ، والتقديرات العامة للمهارات الاجتماعية كما قدرها فريق العناية ، ومع عدد مرات الدخول السابق للمستشفى (Lowe and Cautela, op. cit.; Lowe, 1985) .

المجال الأخير لاستخدام استخبارات التقدير الذاتى الذى يتعين الإشارة إليه هنا هو قياس الاتجاهات وسوء التوافق المعرفى (انظر أيضاً Ripper الفصل الخامس ، Bradley الفصل السادس) . وقد قدم أرنكوف وجلاس Arnkoff and Glass (1989) ملخصاً مفيداً لهذا المجال .

كما أن استخبارات مثل اختبار التقدير الذاتى للتفاعل الاجتماعى (٦) (Glass et al., 1982)

---

(1) Social Avoidance and Distress (SAD).
(2) The Fear of Negative Evaluation (FNE).
(3) The Social Anxiety Inventory.
(4) Survey of Heterosexual Interactions.
(5) Social Performance Survey Schedule.
(6) The Social Interaction Self-Statement test.

واستخبار أفكار القلق [1] (Hatman, 1984) واختـبار المعتقـدات غير العقلانية [2] (Jones, 1969) مفيدة فى تقييم هذا المجال .

ملاحظة الذات والتسجيل الذاتى والمذكرات اليومية

توفر الملاحظة الذاتية ، والتسجيل الذاتى ، واستـخدام مفكرة يومية معلومات قَيّمة تساعد فى عمليات التقييم ، وهى مهمة على وجه الخصوص لتوضيح طبيعة المشكلة وللكشف عن العوامل السببية . ويمكن من خلالها الحصول على المعلومات ، التى تتعلق بالنجاح فى المواقف المختلفة والكدر الذاتى والعمليات المعرفية ، وتكرار حدوث أشكال السلوك المختلفة .

المهام الاجتماعية المعرفية

تتوفر الآن بعض الأساليب القليلة لتقدير المهارات الاجتماعية المعرفية فى المستوى الرابع لعملية التقييم . ويتوفر عن هذه الأساليب قدر نادر من المعلومات المرضُية التى تتعلق بخصائصها السيكومترية . ففى مجال الإدراك الاجتماعى طور أرشر وأكرت Archer and Akert (1977) التفسير الاجتماعى للمهام، الذى يقيس القدرة على حل رموز المؤشرات اللفظية وغير اللفظية . ويعرض فيه على العملاء سلسلة من التفاعلات مسجلة بالڤيديو ، ثم يطلب منهم تقديم المعلومات الخاصة بدوافع وعلاقات الشخصيات التى شاهدوها . وقد نشر موريسون وبليك Morrison and Bellack (1981) إجراءً مشابهاً ، كما طور إيكمان Ekman (1971) وروزنتال وزملاؤه Rosental et al. (1979) ، وباك Buck (1984) أساليب أخرى لقياس الحساسية الاجتماعية والإدراك . إلا أن هذه الأساليب تبدو مناسبة أكثر للبحوث منها للممارسة الإكلينيكية الروتينية . وقد نشرت سبنس Spence (1980) طريقة إكلينيكية مفيدة للكشف عن صحة تسمية الإنفعالات المستوحاه من الهيئة والتعبيرات الوجهية ، ونغمة الصوت ، والإيماءات ، وعلى الرغم من أن هذا المقياس طُور للاستخدام مع الأطفال ، إلا أنه استخدم بنجاح مع الراشدين ، ممن لديهم إصابات فى الدماغ (Jockson and Moffat, 1987) .

وأخيراً من المهم أن نضع فى الاعتبار قياس مهارات حل المشكلات . ومازال التطور فى هذا المجال تجريبيًا تماماً ، وقد صممت أغلب المقاييس لاستخدامها مع الأطفال . وقدم بتلر وماكينباوم Butler and Meichenbaum (1981) دراسة مسحية للدلائل البحثية الخاصة بصدق العدد المحدود من المقاييس المتاحة . وكانت النتائج متوسطة بشكل نمطى ، إلا أنها مهدت الطريق لتطور تال . وأكثر الأساليب الشائعة الاستخدام هى «مقياس حل المشكلات ـ الوسائل والنهايات» [3] (MEPS) الذى طوره بلات وسبيفاك Platt and Spivack (1975) ويُقّيم المقياس القدرة على توليد الحلول البديلة للمواقف المُشكله . ويعرض على الأفراد بدايات ونهايات عشر مواقف مُشكلة ، ويطلب منهم وصف الأحداث المتوسطة للقصة . وقد نقد بليك وزملاؤه Balack et al. (1989) هذا المقياس بشدة ، وعلقوا على ثبات إعادة الاختبار المنخفض ، وعدم توفر محك لصدقه . ويرى هؤلاء المؤلفون أيضاً أن مضمون بعض قصص المقياس غير متعلقة بحياة أغلب الناس . كما ان تصحيح مقياس الوسائل والنهايات لحل المشكلات باستخدام الدرجة الكلية للحلول المقدمة ، بدلاً من جودة القبول الاجتماعى للحلول تعرض بالمثل للنقد . وتعد بطارية حل

(1) Anxiety Thoughts Questionnaire.
(2) Irrational Beliefs test.
(3) Means-end Problem Solving.

المشكلات (1) التى قدمها هبنر وبيترسون Heppner and Peterson (1982) بديلاً ممكناً ، غير أنها مقياس أكثر عمومية للقدرة على حل المشكلات منها مقياس لمهارات حل المشكلات التفاعلية فى حد ذاتها . ومن الواضح أن هناك حاجة ملحة لمقياس ثابت وصادق ؛ للقدرة على حل مشكلات التفاعل .

المعلومات من الآخرين ذوى الأهمية عند العميل

يمكن الحصول على معلومات ذات قيمة من الناس ، الذين يتفاعل معهم العميل على أسس معتادة مثال ذلك الزوج ، والرؤساء ، والأصدقاء أو فريق العناية ، الذى يمكن الرجوع إليه لتقديم المعلومات من خلال المقابلات والاستخبارات كلما كان ذلك مناسباً . وأحد الأمثلة هنا هى صورة الاختبار المسماة «الشخص المهم» من بطارية لوى وكوتيلا لقائمة مسح الأداء الاجتماعى التى عرضت فى صفحة ٢٨٣ ، والتى يمكن استخدامها للتحقق من صدق معلومات التقرير الذاتى ، أو يمكن استخدامها فى حالة ما إذا كان العميل غير قادر على إكمال الصورة الخاصة بالتقرير الذاتى ، كما فى حالة بعض الأفراد المعاقين فكرياً .

ويمكن أن يطلب من الآخرين أن يوفروا معلومات فى المراحل المبكرة من التقييم (مثال ذلك المرحلتان الأولى والثانية) بهدف تحديد طبيعة ومدى صعوبات التفاعل ، وهو مايمثل إضافة مهمة أيضاً لعمليات التقييم فى المستوى الثالث . وفى هذه المرحلة قد يكون الأشخاص المهمين ذوى قيمة فى تقديم وصف دقيق لما يقوله الشخص ويفعله ، وفى توضيح وجود وغياب مهارات معينة ، سلوكية واجتماعية صريحة .

الملاحظة السلوكية المباشرة فى البيئة الطبيعية

من الواضح أنه من الأفضل ملاحظة كل العملاء أثناء تفاعلاتهم اليومية ، إذا كان ذلك ممكناً . ويؤدى هذا إلى توفير معلومات عن أى الأنشطة هى التى ينشغل بها الشخص ، وما المهارات الاجتماعية التى يستخدمها ، وما مترتباتها فى المستوى الثالث من عمليات التقييم ، كما سيؤدى ذلك إلى توضيح المشكلات السلوكية والمحددات البيئية للكفاءة الاجتماعية ، ولتقييم مدى ظهور مهارات معينة ومستواها . ولسوء الحظ : فإن الملاحظة السلوكية فى الموقف الطبيعى تُعد من العمليات المستهلكة للوقت بما يتجاوز إمكانات الكثيرين من الأكلينيكيين ، بالإضافة إلى أنه يصعب الحصول منها على بيانات ثابتة بمعنى صحة ظهورها بالفعل ، كما أن التدريب الكثيف ضرورى لإعداد الملاحظين . وهناك تناوب نموذجى بين الثبات والصدق فى تقييم الكفاءة الاجتماعية . ويمكن أن تكون ملاحظة الحياة الحقيقية أكثر صدقاً من حيث أنها تعكس استجابات العميل الطبيعية ، إلا أنه من الصعب التوصل إلى طرق ملاحظة ذات ثبات مرتفعاً . ويمكن رفع الثبات من خلال تقديم عدد أكبر من المواقف المضبوطة والمبتكرة ، غير أن ذلك سيكون على حساب الصدق . ومن السهل نسبياً ملاحظة وتسجيل وحده سلوكية بسيطة ، إلا أنه من الواضح أن ذلك يؤدى إلى فقدان معلومات أكثر تتعلق بجوانب السلوك الأخرى واستجابات الآخرين . وحتى يمكن تخطى هذه المشكلة فقد طُور نظام ترميزى معقد لتقييم التفاعل الاجتماعى بين الأفراد (مثال ذلك : Patterson et al., 1975 a) ومثل هذه الأساليب مفيدة غير أن تأثير وجود الملاحظ ، وثبات مابين الملاحظين من الأمور التى يتعين النظر إليها بعناية . يضاف إلى ذلك أن التدريب الضرورى للملاحظين مطلوب إتمامه ، قبل الحصول على ثبات مناسب للملاحظة . والملاحظة مكلفة أيضاً بالنظر إلى وقت المعالج . ولهذا فإن أغلب الممارسين لاتتوفر لديهم الموارد المطلوبة للاستخدام المُرضى لأغلب نظم الملاحظة المعقدة . و علي الرغم من

(1) The Problem Solving Inventory .

ذلك ، فقد يكون من الممكن استخدام أشكال أقل تعقيداً من الملاحظة السلوكية المباشرة ، مثل استخدام المكالمات التليفونية ، والتى يقدم من خلالها مطلب مقنن ، ثم تسجل الإجابة وتقيّم (مثال ذلك McFall and Marston, 1970) وقد اقترح مؤلفون أخرون استخدام مقاييس تقدير لقياس مدى جودة الاستجابات السلوكية ، بدلاً من استخدام المقاييس الكمية للتكرار أو الاستمرار . ويمكن استخدام ذلك لتسهيل قياس مهارات حركية معينة فى كل من المواقف التنبيهية والمواقف الطبيعية . مثال ذلك قامت سبنس Spence (1980) بوضع الخطوط العريضة لمقياس تقديرات ، يتكون من عبارات وصفية لاستخدامه مع المراهقين ، كما نشر ترور وزملاؤه (Trower et al . (1978b طريقه مشابهه صممت للاستخدام مع الراشدين ، وكلا الطريقتان محدودتان نتيجة نقص بيانات صدقهما وثباتهما ، وعدم وجود معلومات معيارية للمساعدة على تقرير متى يمكن اعتبار استجابة ما بمثابة مشكلة . ومن المؤكد أن هذه النقطة الأخيرة يمكن أن تنطبق على أغلب وسائل القياس المتاحة حتى الآن .

ومن المهم أيضاً التأكيد على أنه ليس من الضرورى أن يكون المقدار المطلق، أو شدة تقدير الاستجابة هو الأمر المهم فى تقييم مهارات السلوك الاجتماعى الصريح . فقد يكون العامل الجوهرى فى تقدير أحكام الكفاءة الاجتماعية هو متى وكيف تحدث الاستجابة . ويتعين توجيه الاهتمام إلى التتابع التفاعلى للسلوك أثناء التقييم (Becker et al., 1987) . وبالمثل : فإن السلوك المُشكل ليس أحادى الاتجاه بالضرورة ؛ حيث قد تتزايد الاستجابة أو تتعرض للعطب ، مثال ذلك أن الإفراط فى الحديث قد يكون مشكلة بالقدر نفسه الذى يكون عليه الإقلال فى الحديث اللفظى إلى حده الأدنى مشكلة .

الملاحظة السلوكية فى مواقف محاكاة

نتيجة لصعوبات القيام بملاحظات فى المواقف الطبيعية ، فإن التفاعلات المستثارة وطرق مثل لعب الأدوار والمواقف المبتكرة أصبحت تستخدم بإنتظام وقد نشر ريم ومارستون Rehm and Marston (1968) واحداً من التقارير المبكرة للغاية ، حول استخدام طريقة لعب الأدوار لتقدير الملاءمة الاجتماعية ، وقد طورا ماأصبح يعرف باسم النموذج (١) لحدود كثير من أساليب لعب الأدوار ، وهو اختبار موقف لعب الأدوار (٢) . ويقدم فى هذا الاختبار أوصاف لعشر مواقف ، تتعلق بالأنشطة الجنسية الغيرية للمفحوصين، من خلال جهاز توصيل صوتى خارجى المصدر (٣) . ويتم تقييم الاستجابات بواسطة محكمين مدربين على عدد من المقاييس الكلية . ومنذ ذلك الحين نشر جولد سميث وماكفال Gold smith and McFall (1975) طريقة مشابهة للاستخدام مع المرضى السيكاتريين ، كما نشر ايزلر وزملاؤه Eis-ler et al., (1973) اختبار التوكيد السلوكى (٤) ، وقد أجرى العديد من البحوث على نطاق واسع على هذا الاختبار وعلى صورة معدله له (٥) (Eisler et al., 1975) . وقد نشر بليك وزملاؤه (Belleck et al. (1978 ارتباطاً جيداً بين تقديرات المحكمين وتقدير المعالجين ، وثباتاً مرتفعاً بين المحكمين ، وقدم ايزلر وزملاؤه (Eisler et al. (1975 دلائل على اتساق داخلى جيد بين البنود .

هناك اختبار آخر للعب الأدوار ، يستخدم على نطاق واسع ، هو اختبار التفاعل الاجتماعى المستثار (٦) (SSIT; Curran, 1982) ، ويتضمن هذا الاختبار ثمانية مشاهد ، مقننة للعب الأدوار ، ويُقيم

---

(1) Prototype.
(2) The Role Play Situation Test.
(3) Intercom.
(4) Behavioral Assertiveness Test (BAT).
(5) BAT-R.
(6) Stimulated Social Interaction Test.

العملاء من حيث مهارتهم الاجتماعية وقلقهم على مقياسين ، يتكون كل منهما من ١١ نقطة . ويذكر أن (Payne and Halford, 1990).

ثباتاً مابين المقدرين على هذا المقياس جيد (Belleck et al., 1978)

وعلى الرغم من الثبات الجيد لمقاييس لعب الأدوار ، إلا أن بليك وزملاءه يثيرون قضية ما إذا كان لعب الأدوار يعبر عن السلوك الحقيقى فى الحياة . وقد وُجد ارتباط ضعيف بين التقديرات على اختبار التوكيد السلوكى لأشكال سلوكية معينة ، مثل : كمون الاستجابة والمقاييس السلوكية المستخلصة من المواقف الجمعية فى عنبر المستشفى . ونتيجة لإثارة بليك وزملائه (المرجع السابق) هذه القضية حول مدى صدق لعب الأدوار ، أصبح من المتعين الحذر فى استخدام هذا الأسلوب . كما يتعين التحقق من المعلومات المستخلصة منه ، كلما كان ذلك ممكناً ، من خلال مقارنتها بمصادر بيانات أخرى . وهناك مؤلفون آخرون يؤيدون استخدام لعب الأدوار نتيجة للبيانات المفيدة ، التى يمكن الحصول عليها منها ، فيما يتعلق بالأحكام العامة عن الكفاءة الاجتماعية ، واستخدام مهارات اجتماعية معينة . ويمكن سؤال العميل عن مشاعر القلق وظهور أفكار غير توافقية فى بعض المواقف المعينة ،أثناء لعب الأدوار . ويقدم ويسبرج وزملاؤه Wessburg et al. (1979) بيانات ، توحى أن التقييم باستخدام لعب الأدوار يمكن أن يكون صادقاً فى بعض المواقف . وقد قورنت استجابات طلاب جامعيين فى موقفين من مواقف المحاكاة للتفاعل مع الجنس الآخر ، وموقفين فى غرف الانتظار ، ووجد معامل ارتباط مرتفع بين التقديرات العامة للكفاءة الاجتماعية ، وبين التفاعلات فى حجرة الانتظار ، والتفاعلات المستثارة ، وبين التفاعلين المستثارين وبعضهما . غير أنه من المشكوك فيه أن يكون موقف حجرة الانتظار مكافئاً لمواقف الحياة اليومية الطبيعية ، وبهذا تظل تحفظات بليك وزملائه Belleck et al. (1978) قائمة .

التقييم الفسيولوجى

مجال آخر يتعين الإشارة إليه هو التقييم الفسيولوجى . ووفقاً لما سبق مناقشته : فهناك حاجة لفحص القدرة على تنظيم وضبط نُظم الاستجابة الفسيولوجية المختلفة ، مثل تلك المتضمنة فى القلق والخوف والغضب ، ويحتمل أن تتدخل الاستجابات المفرطة فى هذه المجالات ، فى كفاءة الاستجابة الاجتماعية (McFall, 1982) ، ولهذا يكون التدخل ضرورياً .

ويثير إيزلر Eisler (1976) التساؤل حول العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والإثارة الفسيولوجية المرتفعة ، مبيناً أن بعض الناس يمكن أن يكونوا مرتفعى المهارة الاجتماعية ، خلال حالات الإثارة الفسيولوجية (مثال ذلك : الحديث العام) بينما يتأثر آخرون بطريقة عكسية فى حالات الإثارة الفسيولوجية المرتفعة . وبذا فإن العلاقة بين الاستجابات الفسيولوجية والحركية غير متسقة ، ويتعين على الأقل أخذها فى الاعتبار عند تقييم الكفاءة الاجتماعية .

ملخص وخلاصة

رسم هذا الفصل الخطوط العريضة لمنحى عملى متعدد المستويات لتقييم مشكلات التفاعل الاجتماعى ، ومن الواضح أن الكفاءة الاجتماعية تتحدد من خلال مدى واسع ، من العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة والناس الآخرين . وتهدف عمليات التقييم تحديد طبيعة صعوبات التفاعل لدى العميل وأسبابها ، حتى يمكن التعامل مع هذه العوامل خلال العلاج . وهناك حاجة للحصول على المعلومات من مصادر تقييم مختلفة بما فى ذلك الفرد نفسه ، والأشخاص ذوى الأهمية بالنسبة له ، ومن خلال الملاحظة السلوكية . ولسوء الحظ .. فإن الكثير من طرق التقييم المتاحة مازالت تفتقر إلى التأكيد ، وذلك فيما يتعلق بثباتها وصدقها . وهناك نقص ملحوظ فى أساليب التقييم الإكلينيكية المفيدة فى مجالات أخرى للتقييم ، مثل : المهام المعرفية فى مهارات حل المشكلات . وفوق كل ذلك فقد أُقترحت خطة تقييم تكشف عن مجال واسع من التفسيرات الممكنة لعدم الملاءمة الاجتماعية ، وذلك باستخدام مجموعة من الأساليب المتنوعة ، التى صممت للكشف عن بيانات ثابتة وصادقة .

References

Archer, D. and Akert, R. M. (1977) 'Words and everything else: verbal and non-verbal areas in social interpretation', *Journal of Personality and Social Psychology* 35: 443–9.

Argyle, M. and Kendon, A. (1967) 'The experimental analysis of social performance', in L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology. Vol. 3*, New York: Academic Press.

Arkowitz, H. (1977) 'Measurement and modification of minimal dating behaviour', in M. Herson, R. Eisler and P. Miller (eds) *Progress in Behaviour Modification. Vol. 5*, New York: Academic Press.

Arnkoff, D. B. and Glass, C. R. (1989) 'Cognitive assessment in social anxiety and social phobia', *Clinical Psychology Review*, 9: 61–74.

Baggs, K. and Spence, S. H. (1990) 'Effectiveness of booster sessions in the maintenance and enhancement of treatment gains following assertion training', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 845–54.

Becker, R. E., Heimberg, R. G. and Bellack, A. S. (1987) *Social-skills Training for Depression*, New York: Pergamon Press.

Bellack, A. S., Hersen, M. and Turner, S. M. (1978) 'Role-play tests for assessing social-skills. Are they valid?' *Behaviour Therapy* 9: 448–61.

Bellack, A. S., Morrison, R. L., and Mueser, K. T. (1989) 'Social-problem-solving in schizophrenia', *Schizophrenia Bulletin* 15: 101–16.

Benton, M. K., and Schroeder, H. E. (1990) 'Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 741–7.

Bryant, B. M., and Trower, P. E. (1974) 'Social difficulty in a student sample', *British Journal of Educational Psychology* 44: 13–21.

Bryant, B. M., Trower, P., Yardley, K., Urbieta, H. and Letemendia, F. (1976) 'A survey of social inadequacy among psychiatric out-patients', *Psychological Medicine* 6: 101–12.

Buck, R. (1984) *The Communication of Emotion*, New York: Guilford.

Butler, L. and Meichenbaum, D. (1981) 'The assessment of interpersonal problem-solving skills', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive Behavioural Interventions*, New York: Academic Press.

Cavell, T. A. (1990) 'Social adjustment, social performance and social skills: A tri-component model of social competence', *Journal of Clinical Child Psychology* 19: 111–22.

Cowen, E. L., Pederson, A., Babigon, H., Izzo, L. D. and Trost, M. A. (1973) 'Long-term follow-up of early detected vulnerable children', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 41: 438–46.

Curran, J. P. (1982) 'A procedure for the assessment of social-skills: The Simulated Social Interaction Test', in J. P. Curran and P. M. Monti (eds) *Social-skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment* (348–73), New York: Guilford.

Curran, J. P., Corriveau, D. P., Monti, P. M. and Hagerman, S. (1980) 'Social-skill and social anxiety: self-report measurement in a psychiatric population', *Behaviour Modification* 4: 493–512.

Dodge, K. A., and Murphy, R. R. (1984) 'The assessment of social competence of adolescents', in P. Karoly and J. J. Steffen (eds) *Adolescent behaviour disorders: Foundations and contemporary concerns* (61–173), Lexington, Mass.: Lexington.

Eisler, R. M. (1976) 'Behavioural assessment of social-skills', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds) *Behavioural Assessment: A Practical Handbook*, New York: Pergamon Press.

Eisler, R. M., Miller, P. M. and Hersen, M. (1973) 'Components of assertive behaviour', *Journal of Clinical Psychology* 29: 295–99.

Eisler, R. M., Hersen, M., Miller, P. M. and Blanchard, E. B. (1975) 'Situational determinants of assertive behaviour', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 330–40.

Ekman, P. (1971) 'Universal and cultural differences in facial expressions of emotions', in J. K. Cole (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*, Nebraska: University of Nebraska Press.

Ellis, A. (1958) 'Rational psychotherapy', *Journal of General Psychology* 59: 35–49.

Feffer, M. H. (1959) 'The cognitive implications of role-taking behaviour', *Journal of Personality* 27: 152–68.

Gambrill, E. E., and Richey, C. A. (1975) 'An assertion inventory for use in assessment and research', *Behaviour Therapy* 6: 550–61.

Galassi, J. P., DeLo, J. S., Galassi, M. D. and Bastein, S. (1974) 'The College Self-expression Scale: a measure of assertiveness', *Behaviour Therapy* 5: 165–71.

Glasgow, R. E. and Arkowitz, H. (1975) 'The behavioural assessment of male and female social competence in hyadic heterosexual interactions', *Behaviour Therapy* 6: 488–98.

Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., and Larsen, K. H. (1982) 'Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire', *Cognitive Therapy and Research* 6: 37–55.

Goldsmith, J. D. and McFall, R. M. (1975) 'Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric in-patients', *Journal of Abnormal Psychology* 84: 51–8.

Halford, W. K. and Foddy, M. (1982) 'Cognitive and social-skill correlates of social anxiety', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 17–28.

Hartman, L. (1984) 'Cognitive components of social anxiety', *Journal of Clinical Psychology* 40: 137–9.

Heppner, P. P., and Peterson, C. H. (1982) 'The development and implementation of a personal problem-solving inventory', *Journal of Counselling Psychology* 29: 66–75.

Hymel, S. and Asher, S. R. (1977) 'Assessment and training of isolated children's social-skills', paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, (March) New Orleans, Louisiana.

Jackson, H., and Moffat, N. J. (1987) 'Impaired emotional recognition following severe head injury', *Cortex* 23: 293–300.

Jones, R. G. (1969) 'A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and adjustment correlates', doctoral dissertation, Texas Technological College, 1968, Dissertation Abstracts, International 29: 4379B–4380B (University Microfilms No. 69–6443).

Lowe, M. R. (1985) 'Psychometric evaluation of the Social Performance Survey Schedule: Reliability and validity of the positive subscale', *Behaviour Modification* 9: 193–210.

Lowe, M. R. and Cautela, J. R. (1978) 'A self-report measure of social-skill', *Behaviour Therapy* 9: 535–44.

McCormick I. A. (1984) 'A simplified version of the Rathus Assertiveness Schedule', *Behavioural Assessment* 7: 95–9.

McFall, R. M. (1982) 'A review and reformulation of the concept of social skills', *Behavioural Assessment* 4: 1–33.

McFall, R. M. and Lillesand, D. B. (1971) 'Behaviour rehearsal with modelling and coaching in assertion training', *Journal of Abnormal Psychology* 77: 313–23.

McFall, R. M. and Marston, A. B. (1970) 'An experimental investigation of behaviour rehearsal in assertive training', *Journal of Abnormal Psychology* 76: 295–303.

Mariotto, M. J., Farrell, A. D. and Wallender, J. L. (1979) 'A multimethod validation of the survey of heterosexual interactions as a screening instrument for heterosocial-skill and anxiety research', unpublished manuscript, University of Houston.

Morrison, R. L. and Bellack, A. (1981) 'The role of social perception in social skills', *Behaviour Therapy* 12: 69–79.

Patterson, G. R., Hops, H. and Weiss, R. L. (1975a) 'Interpersonal skills training for couples in early stages of conflict', *Journal of Marriage and the Family* 37: 295–303.

Patterson, G. R., Reid, J. D., Jones, R. R. and Conger, R. E. (1975b) *A Social Learning Approach to Family Intervention. Vol. 1*, Eugene, Oregon: Castalia.

Payne, P. V. and Halford, W. K. (1990) 'Social skills training with chronic schizophrenic patients living in community settings', *Behavioural Psychotherapy* 18: 49–64.

Platt, J. J. and Spivack, G. (1975) *Manual for the Means–Ends Problem-Solving Procedures (MEPS)*, Philadelphia: DMHS.

Rathjen, D. P. (1980) 'An overview of social competence', in D. P. Rathjen and J. P. Foreyt (eds) *Social Competence. Interventions for Children and Adults*, New York: Pergamon.

Rathus, S. (1973) 'A 30-item schedule for assessing assertive behaviour', *Behaviour Therapy* 4: 398–406.

Rehm, L. P. and Marston, A. R. (1968) 'Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: an instigation therapy technique', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 32: 565–74.

Richardson, F. C. and Tasto, D. L. (1976) 'Development and factor analysis of a social anxiety inventory', *Behaviour Therapy* 7: 453–62.

Roff, M. (1970) 'Some life history factors in relation to various types of adult maladjustment', in M. Roff and D. Ricks (eds) *Life History Research in Psychopathology*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Roff, M., Sells, B. and Golden, M. (1972) *Social Adjustment and Personality Development in Children*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M., Rogers, P. and Archer, D. (1979) *Sensitivity to Nonverbal Communications: The PONS Test*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Spence, S. H. (1980) *Social-skills Training with Children and Adolescents: A Counsellor's Manual*, Windsor: NFER.

Spivack, G. and Shure, M. B. (1976) *Social Adjustment of Young Children. A Cognitive Approach to Solving Real Life Problems*, London: Jossey Bass.

Trower, P. (1979) 'Fundamentals of interpersonal behaviour: a social-psychological perspective', in A. S. Bellack and M. Hersen (eds) *Reseach and Practice in Social-skills Training*, New York: Plenum Press.

Trower, P., Bryant, B. and Argyle, M. (1978a) *Social-skills and Mental Health*, London: Methuen.

Trower, P., Yardley, K., Bryant, B., and Shaw, P. (1978b) 'The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems', *Behaviour Modification* 2: 41–60.

Twentyman, C. T. and McFall, R. M. (1975) 'Behavioural training of social skills in shy males', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 384–95.

Twentyman, C. T. and Zimering, R. T. (1979) 'Behavioural training of social skills: a critical review', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behaviour Modification. Vol. 7*, New York: Academic Press.

Van Hasselt, U. B., Hersen, M. M., Whitehall, N. B. and Bellack, A. S. (1979) 'Social-skill assessment and training for children: an evaluative review', *Behaviour Research and Therapy* 17: 413–439.

Watson, D. and Friend, R. (1969) 'Measurement of social evaluative anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448–57.

Wessburg, H. W., Mariotto, M. J., Congor, A. J ., Farrell, A. D. and Congor, J. C. (1979) 'Ecological validity of roleplays for assessing heterosexual anxiety and skill of male college students', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 525–35.

Wolpe, J. and Lazarus, A. A. (1966) *Behaviour Therapy Techniques*, New York: Pergamon.

Zigler, E. and Phillips, L. (1961) 'Social competence and outcome in mental disorder', *Journal of Abnormal Psychology* 63: 264–71.

الفصل الثانى عشر

علاج مشكلات التفاعل

Interpersonal problems Treatment

سوزان هـ . سبنس Susan H. Spence

الفصل الثاني عشر

عــلاج مشــكلات التفاعــل

سـوزان هـ . سبنس Susan H. Spence

مقـــدمة :

هناك كثير من الأسباب التى تفسر لماذا يعانى شخص ما من صعوبات مع بقية الناس ، كما سبق إيضاح ذلك فى الفصل السابق . وعلى هذا فلا يثير الدهشة وجود عدد كبير من الطرق ، التى تم تطويرها لتعزيز الكفاءة الاجتماعية ، وقد صممت كل طريقة منها للتعامل مع عامل سببى مختلف . مثال ذلك أن أساليب تحسين الكفاءة الاجتماعية تضمنت طرقاً للتدريب على المهارات الاجتماعية ، وخفض القلق ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية ، والتوافق ، والتدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى ، والتدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية . وقد صممت طرق التدريب على المهارات الاجتماعية لتعليم الاستجابات السلوكية الضرورية ؛ للتوصل إلى نتائج ناجحة فى المواقف الاجتماعية لدى الأفراد ،الذين يفتقرون للمهارات فى مجالات معينة ، كما تفيد طرق ضبط القلق أولئك الذين قد تكون لديهم المهارات الضرورية، ولكنهم يعانون من كف استخدام مهاراتهم أو يتجنبون مواقف اجتماعية معينة نتيجة للقلق . ومن ناحية أخرى صممت أساليب إعادة تشكيل البنية المعرفية ؛ لكى تقلل من الأفكار السلبية أو غير التوافقية ، والاتجاهات التى يمكن أن تؤدى إلى سلوك الشخص بطريقة تسبب صعوبات فى التفاعل . ويمثل التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى شكلاً آخر من التدخل ، الذى قد يكون مهماً للأشخاص ، الذين تكون نُظمهم السلوكية الاجتماعية غير مناسبة نتيجة لأخطاء فى الإدراك ، أو فى تفسير مؤشرات الآخرين الاجتماعية . ويقدم هذا الفصل مراجعة لهذه الطرق المستخدمة لتعزيز الأداء الاجتماعى ، ويختبر مدى فعاليتها فى الممارسة الإكلينيكية . ويتعين قراءته بوصفه امتداداً للفصل السابق ، الذى قدمت فيه الخطوط العريضة لنموذج عملى للكفاءة الاجتماعية وطرق تقييمها .

ويؤكد النموذج الذى عرض فى الفصل السابق الحاجة لتفصيل برامج تدخل فردية لكل شخص على حدة ، وفق نتائج تقييمه . وقد صممت الطرق المستخدمة فى العلاج لأحداث تغييرات فى المجال المُعتقد أنه مسئول عن مشكلات العميل الاجتماعية التى تحددت أثناء التقييم . وهذه نقطة مهمة إذ أن العملاء من أصحاب مشكلات التفاعل يستطيعون إثبات أنهم سيتغيرون جوهرياً فيما يخص طبيعة صعوباتهم . ولسوء الحظ فإن الكثير من الدراسات التى فحصت علاج عدم الملاءمة الاجتماعية فشلت فى تقييم كل عميل ، لتأكيد أن المشكلات المفترضة مثل آفات المهارات الاجتماعية أو سوء التوافق المعرفى موجودة بالفعل ، ويؤكد الفحص الذى يتم على الدراسات الحديثة أن هذا الأمر مازال مستمراً ، وأن الأفراد مازالوا يحالون لبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية ، أو البرامج الأخرى على أساس بعض الفئات التشخيصية ، مثل : الفصام أو الإكتئاب وليس على أساس كشفهم عن مشكلات فى المهارات الاجتماعية (Hogarty et al., 1991; Miller et al., 1989) . وبالتالى تجعل هذه المشكلة تقييم عائد الدراسات ذات التصميم الجمعى أمراً صعباً ؛ فالبيانات المستمدة من مجموعات من المفحوصين تميل إلى

طمس الفروق الفردية فى الاستجابة للعلاج ، وإخفاء حقيقة أن الكثير من العملاء يفشلون فى إحراز تحسن . ويلاحظ أن العلاج المستخدم فى مجال عدم الملاءمة الاجتماعية قد يكون ذا علاقة بالمشكلة فى حالة أفراد معينين فقط ، وذلك فى أغلب الدراسات القائمة على بحوث جماعية . وقد يفسر ذلك بصورة جيدة النتائج المتوسطة للعديد من الدراسات التى تحاول تعزيز الكفاءة الاجتماعية للعملاء (Benton and Schreoder, 1991; Heimberg, 1989) . وتفشل الكثير من الدراسات فى تقدير أهمية مدى تعلق نوع معين من مناحى العلاج للعملاء المختلفين ، وتحاول بعض البرامج تخطى النقص فى التقييم الفردى، وتفصل لكل فرد أساليب تدخل من خلال الجمع بين عدد كبير من أساليب العلاج ، فى إطار منحى الحزمه العلاجيه . وكثيراً ماتتضمن مثل هذه الحزم العلاجية عدداً من المكونات مثل التدريب على المهارات الاجتماعية الحركية الأساسية والمركبة ، والتدريب على الإسترخاء ، والتسكين المنظم ، والتدريب على حل المشكلات الاجتماعية والتدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى . وربما مازالت هذه المحاولات القائمة على حزمه علاجية معرضة للنقد حتى الآن ، على أساس عدم كفاءة إستخدام وقت المعالج والعميل . وتقوم طريقة الحزمة العلاجية على فرضو، مؤداه أن بعض المكونات ستقبل التطبيق بالرْسبة لبعض العملاء فى بعض الأحيان .

طرق تعزَز الكفاءة التفاعلية

يعرض القسم التالى الدطوط العريضة لأكثر المناحى استخداماً على نطاق واسع لتعزيز الكفاءة الاجتماعية . وسيتم مناقشة كل منحى على حدة ، بعد إجراء مراجعة لأكثر البرامج تعقيداً ، والتى تتضمن تنوعاً من طرق التعزيز الاجتماعية

التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية الصريحة

طُور التدريب على المهارات الاجتماعية (1) لتعليم مهارات معينة اجتماعية سلوكية صريحة للأشخاص ، الذين يعانون من عيوب فى هذه الاستجابات . وهى تتشابه مع أساليب التدريب المتضمنة فى التدريب على مهارات حركية أخرى مثل لعب التنس ، وبالتالى يمكن استخدام هذه الأساليب بما فى ذلك إعطاء التعليمات والمناقشة ، والنمذجة ، والبروفات السلوكية ، والحصول على عائد (رد فعل) ، والتدعيم ، والمهام المنزلية . وتجمع أغلب المناحى الحالية فى التدريب على المهارات الاجتماعية كل من التدريب على المهارات الصغرى ، مثل : التواصل البصرى ، ونبرة الصوت المناسبة أو الهيئة ، والمهارات الكبرى المركبة مثل إطراء شخص ، وتقديم شكوى أو رفض طلب غير معقول (Hogarty et al., 1991; Miller et al., 1989; Bellack et al., 1984) . وهناك الكثير من الكتب التطبيقية التى تعرض المكونات المناسبة لبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية . وعلى الرغم من أن بعض هذه المصادر تقادمت الآن ، إلا أن مؤلفات بيكر وزملاءه Becker et al., (1987) وترور وزملاؤه Trower et al., (1978) وسبنس وشيفرد Spence and Shepherd (1983) وكيلى Kelly (1982) وويلكنسون وسنتر Wilkinson and Center (1982) وكوران ومونتى Curran and Monti (1982) وجولدشتين Goldstein (1973) ، وليبرمان وزملاءه Liberman et al., (1975) مازالت تحتفظ بقيمتها بالنسبة للمعالجين ، الذين يطورون برامج التدريب على المهارات الاجتماعية .

(1) Social-Skills Training (SST).

مكونات التدريب

تتضمن المناهج المستخدمة فى برامج التدريب على المهارات الاجتماعية الخصائص الآتية : التعليمات ، والمران والمناقشة والنمذجه (الواقعية أو المسجلة على أشرطة) والبروفات ، ولعب الأدوار ، والحصول على عائد (لفظى أو مسجل على الفيديو) والتدعيم الاجتماعى والمهام المنزلية .

التعليمات والمران والمناقشة

تتضمن أغلب البرامج درجة معينة من التعليم اللفظى فى صورة تعليمات ، وتمريناً لفظياً للعملاء ، وتشجيع وعى العميل بالمهارات المستهدفة من خلال المناقشة . ومن المؤكد أن مجرد مناقشة المواقف المشكلة وطرق التعامل فيها بالنسبة لبعض العملاء يبدو كافياً لإحداث تحسن واضح فى الكفاءة الاجتماعية.(Stravynski et al., 1989; Twentyman and Zimering, 1979) .

النمـــذجة

تشير النمذجة إلى عرض مهارة معينة أو سلوك بواسطة فرد آخر ، بينما يقوم المتدرب بملاحظته ، وقد استخدمت أساليب مختلفة للنمذجة ، بمافى ذلك العرض الذى يقوم به المعالج ، وعروض الڤيديو ، أو أشرطة التسجيل الصوتية ، أو النمذجه الواقعية بواسطة أشخاص آخرين فى المجموعة * . وعندما تستخدم النمذجه وحدها فإنها يمكن أن تؤدى إلى بعض التحسن فى السلوك المستهدف ، إلا أن هناك شكوكًا حول مدى استمرار المزايا لما بعد موقف التدريب ، وانتقالها للمواقف التفاعلية الواقعية . وقد استخدمت النمذجه عموماً بوصفها جزء من الحزمه الشاملة للتدريب على المهارات الاجتماعية . واقتفاء لأعمال باندورا (1977) Bandura ، شدد أغلب المؤلفين على الحاجة إلى استخدام نماذج من نفس عمر وجنس ومكانة العملاء ؛ حتى يمكن تحقيق أقصى تعلم . كما ذكر أيضاً أن إيضاح أن أداء النموذج يؤدى إلى مترتبات إيجابية ، وليس سلبية ، يزيد من احتمالية التقليد (Bendura op. cit.) .

بروفة السلوك ولعب الأدوار

بعد ملاحظة المتدرب لأداء النموذج ، يُشجع التدريب على المهارات الاجتماعية قيام المتدرب بممارسة المهارة المستهدفة ، وقد تأخذ هذه الممارسة صورة البروفة البسيطة للسلوك المستهدف أو قد يتم تضمينها فى لعب الأدوار ، ويمكن ممارسة المهارة واقعياً أو بواسطة التخيل ، وقد أظهر كل من الأسلوبين أنهما يؤديان إلى تحسن على المدى القصير فى المهارات الاجتماعية . ويبدو أن هناك فروقًا ضئيلة فى مدى فعالية أحدهما عن الآخر (Kazdin, 1982) . ويبدو أن الزيادة فى النمذجة تؤدى إلى زيادة كفاءة كل من الممارسة الصريحة والتخيلية . (Friedman, 1971; Prince, 1975) .

العائد والتدعيم

يعد من الخصائص المهمة المميزة للتدريب على المهارات الاجتماعية أن يحصل العملاء على عائد [1] حول كفاءة أدائهم . وقد يأخذ هذا العائد شكل تعليقات من جانب المعالج ، أو أعضاء المجموعة ، أو الاثنين معاً حول أى أشكال السلوك ، تم أداؤها بشكل صحيح ، وأيها يتطلب تغييراً ، أو قد يتضمن إعادة عرض لشريط ڤيديو أو شريط تسجيل صوتى لما أداه العميل ، وكانت كفاءة العائد باعتباره أسلوب

* يقصد بالمجموعة هنا أن العلاج ، جمعي وأن ذلك يتم في جلسات العلاج الجمعي . (المترجم)

(1) Feedback.

تعلم كما يظهر من خلال نتائج البروفات غير واضحة ومختلطة ، إلا أنه ظهر بصفة عامة أن العائد يسهم فى فعالية بقية مكونات العلاج (Twentyman and Zimering, 1979) . وقد أوضح هذان المؤلفان أيضاً إمكان تفاعل العوامل الخاصة بالمفحوص ، مثل : درجة القلق المرتفعة أو المهارات المعطوبة بدرجة شديدة ، مع إجراءات العائد مشيرين إلى الحاجة إلى الحذر من جانب المعالج.

وأساليب التدعيم ذات أهمية أيضاً فى تشكيل السلوك المستهدف من خلال التقريب المتتالى نحو الهدف النهائى . وقد أكد أغلب المؤلفين قيمة التدعيم الاجتماعى المناسب ، مثل إطراء وتأييد المعالج وأعضاء المجموعة للعميل ، ويمكن استخدام أشكال أخرى من التدعيم فى برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بما فى ذلك المكافآت المالية والرمزية [1] والتدعيم الذاتى . ومع ذلك توحى البحوث أنه على الرغم من كون التدعيم يساعد التدريب إلا أنه غير كافٍ ؛ ليؤدى إلى تحسن ظاهر فى الخصائص السلوكية الجديدة (Spence, 1983) . وبمجرد زياد التدعيم قد يؤدى تكرار التفاعل إلى ظهور تحسن كمى وليس بالضرورة تحسناً كيفياً .

المهام المنزلية

تتضمن أغلب برامج التدريب على المهارات الاجتماعية تقرير واجبات منزلية ، وحيث يطلب من العميل أن يمارس المهارات المتعلمة فى الجلسات ، ويقترح قيامه ببروفات للمهارات الجديدة فى مواقف الحياة الواقعية إضافة إلى جلسات التدريب ، وهو مايؤدى إلى تسهيل تحقيق تحسن فى الأداء فى المواقف الطبيعية (Goldstein et al., 1978; Lalli et al., 1991) .

الانشغالات العملية

هناك الكثير من الأسئلة التى يتعين توجيهها حول أفضل طريقة لتطبيق برامج التدريب على المهارات الاجتماعية . وتتضمن هذه القضايا ما إذا كان من المفضل استخدام جلسات علاج جماعية مقابل علاج فردى ، وعدد الجلسات ومعدلها وطولها ، وعدد المعالجين ، وهل تكون المجموعات مفتوحة أم مغلقة .

وتناقش الكتب التطبيقية التى سبق الإشارة إليها هذه النقاط بالتفصيل ، على الرغم من أنه يبدو أن هناك القليل من الدلائل ، التى تسمح بالخروج باستخلاصات حول أفضل أشكال التدريب على المهارات الاجتماعية لمجموعات العملاء المختلفة . وهناك تباين واضح فى مقدار التدريب ، الذى يمكن أن يحصل عليه العميل ، والذى يتراوح بين جلسة واحدة ومئة جلسة ، وفى الفترة بين الجلسة والأخرى وطول الجلسات . (Shepherd, 1983; Benton and Shcroeder, 1990) ، كما قد تتباين أيضاً الأماكن التى يتم فيها العلاج بين العيادة والجلسات فى المستشفى وبرامج الكليات أو فى أماكن العمل .

ويتكرر تأكيد ضرورة وجود برامج لمواصلة تحسين المهارات وتعميمها من جلسات التدريب إلى البيئة الطبيعية ، وإلى مواقف التفاعل الجديدة (Benton and Schroeder, 1990; Kelly, 1982) . وقد اقترحت أساليب عديدة كوسائل ؛ لتشجيع انتقال المهارة المكتسبة من العيادة إلى التفاعل فى الحياة الواقعية ، من بينها : زيادة عدد المدربين ، وتقديم زوار للمجموعة ، واختبار أساليب السلوك الواقعية

(1) Tokens.

المستخدمة ، واتخاذ ترتيبات للنمذجة وتشجيع وتدريب المهارات المستهدفة خارج الجلسات (Goldstein et al., 1978) ، كما وجد أن جلسات التعزيز ذات قيمة أيضاً كوسيلة لتحسين استمرارية المكاسب الناتجة عن التدريب على المهارات الاجتماعية ، بعد نهاية العلاج (Baggs and Spence, 1990) .

الدراسات التقييمية للنتائج

حتى يمكن الحصول على استخلاصات حول فعالية التدريب على مهارات السلوك الاجتماعي الصريح . سيكون من المهم تأكيد أن البحوث التى سيتم تناولها لاتتضمن أساليب أخرى لتعزيز الكفاءة الاجتماعية . وغالباً ماتتضمن الكثير من برامج التدخل تنوعاً فى الأساليب ، مثل : التدريب على الإسترخاء ، تعلم مهارات الإدراك الاجتماعى ، التدريب على مهارات حل مشكلات التفاعل الاجتماعى ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية ، كلما كان ذلك مناسباً لاحتياجات العميل . وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات التى ستقدم مراجعاتها فى هذا القسم ، اختيرت باعتبارها اقتصرت على استخدام برامج التدريب على المهارات الاجتماعية الصريحة فقط .

ولسوء الحظ ، هناك الكثير من أوجه القصور المنهجية فى أغلب دراسات النتائج . مثال ذلك أن ثبات وصدق مقاييس تقييم النتائج المستخدمة مشكوك فيها ، كما أن هذه الدراسات تعتمد غالباً على مقاييس التقدير الذاتى للتغير ، بدلاً من المحكات الموضوعية . ويؤدى ذلك بالتالى إلى زيادة احتمال التحيز. وإذا استخدمت مناهج الملاحظة مثل ترميز التقديرات الخاصة بأساليب سلوكية معينة ، أثناء التفاعل فى لعب الأدوار أو فى المواقف الطبيعية ، فغالباً ماتكون صحة الترميز محدودة ، وبالتالى .. فإن استخدام لعب الأدوار فى التقييم مشكوك في صدقه ايضا ، بالنظر إلى أنه سلوك تم الحصول عليه فى موقف قد لايكون ممثلاً للاستجابة فى البيئة الطبيعية (Belleck, 1983) . كما أن هناك قصوراً منهجياً آخر يتعلق بفشل عديد من الدراسات فى تأكيد أن المهارات ، التى تم تعلمها كانت مفقودة أساساً لدى الأشخاص الذين تم تدريبهم . وهناك نقص كبير فى مقاييس المتابعة على المدى الطويل ، أو أن فترة المتابعة ليست بطول كافٍ . وبالمثل فإن تقييم تعميم تغير سلوك من موقف التدريب إلى مواقف الحياة الواقعية غالباً لم يوضع فى الإعتبار . وتجتمع كل هذه الجوانب للقصور ؛ لكى تجعل من الصعب تقدير الدرجة التى يكون بها التدريب على المهارات الاجتماعية مؤدياً إلى تحسن فى أساليب سلوكية معينة ، وما إذا كانت التغيرات ستظل باقية لأمد طويل ، وتظهر فى مواقف الحياة الواقعية أم لا . والأكثر أهمية من ذلك ، هو ما إذا كانت التغيرات فى السلوك تودى إلى تحسن فى الكفاءة الاجتماعية مثل تطور الصداقات أو تحسن العلاقات التفاعلية للفرد (Benton and Schroeder, 1990; Schepherd, 1983) ، ولايوجد فى التراث الكثير الذى يمكن أن يؤكد أن الأفراد يمكن أن يُعلموا كيف يزيدون من استخدامهم لمدى واسع من الأساليب السلوكية مثل التواصل البصرى ، وطريقة وقوفهم وجلوسهم (هيئتهم) وتعبيراتهم الوجهية . وعموماً فإن استخدام هذه المهارات ، يقاس من خلال مواقف لعب الأدوار فى الموقف الإكلينيكى ، غير أنه تبين أن التحسن يعم على المواقف الطبيعية ، ويظل مستمراً عبر الزمن (Benton and Schroeder, 1990; Schepherd, 1983) .

كما وجد أيضاً أن التدريب على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى تغيرات مفيدة فى مستوى أداء المهارات الأكثر تعقيداً ، مثل إطراء شخص ما أو التعبير عن النقد ، أو الإشتراك مع شخص آخر فى مناقشة ، ولايظهر هذا التحسن فى المجموعات ، التى لم تتدرب ،أو المجموعات الضابطة التى حصلت على تدريب كاذب للانتباه ووجد أنه ينتقل خارج موقف التدريب ، ولكن بغير جودة جلسات

التدريب (Payne and Halford, 1990; Lalli et al., 1991; Foxx et al., 1985) . وإذا ما أُختبر التقييم الذاتى لجودة الأداء الاجتماعى ، كأن تستخدم تقديرات التوكيدية ، فإن النتائج ستكون مشجعة عندئذ (Benton and Schroeder, 1990) . ولسوء الحظ فإن تأثير التدريب على المهارات الاجتماعية فى المؤشرات الأكثر عمومية للأداء الاجتماعى والتى يقوم بها أشخاص آخرون لم تكن أبداً إيجابية بالقدر الكافي. وتوحى أن التغيرات فى السلوك الصريح غير مرتبطة دائماً بالتحسن الحالى على المقاييس الأكثر عمومية للكفاءة الاجتماعية . (Benton and Schroeder, op. cit.; Bramston and Spence, 1985) .

وتلخيصاً لذلك يمكن القول أنه يبدو أن طرق التدريب على المهارات الاجتماعية قد تكون فعالة فى تحقيق تحسن فى الأداء ، فى بعض أساليب السلوك المعينة فى كل من المستويين الأساسى والمعقد . وأن القصور المنهجى فى تصميم الكثير من الدراسات يحد من الاستخلاصات التى يمكن الخروج بها ، ولكن يبدو أن هناك بعض الدلائل ، التى توحى أن استمرار وعمومية تحسن المهارات فى المواقف الطبيعية يظهر بالفعل . كما وجدت بالمثل تقارير ذاتية عن تحسن فى الاستجابات الاجتماعية . وسواء ظل التحسن فى الأداء السلوكى لفترات طويلة ، إذا استخدمت فترة متابعة مناسبة (من سنة إلى سنتين مثلاً) مع قياس إجمالى له فى المواقف الطبيعية أو لم يستمر ، مازال فى حاجة للتحديد . كما أن الدرجة التى يؤثر بها التحسن فى مهارات أداء معينة فى تقدير كفاءة الفرد اجتماعياً بواسطة أشخاص آخرين مازالت أيضاً غير واضحة ، والدلائل المتوفرة فى هذا المجال ليست مشجعة تماماً .

التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى

الإدراك الاجتماعى هو القدرة على استقبال المؤشرات الاجتماعية وترجمتها بصورة صحيحة ، بهدف تفسير مشاعر ونوايا الآخرين ، والقدرة على تبين وتمييز المعايير المعينة والتقاليد المتبعة فى أى موقف للتفاعل الاجتماعى . وعلى الرغم من ذلك فقد ركزت أغلب البحوث فى مجال الإدراك الاجتماعى اهتمامها على المعلومات المنقولة عبر التعبير الوجهى والوقفة والجلسة والإيماءات ، ونبرة الصوت . وقد أكد الكثيرون من المؤلفين أهمية مهارات الإدراك الاجتماعى (مثال ذلك Morrison and Bellack, 1981; Hollin and Trower, 1986; Schepherd, 1984) ودائماً مايدمج التدريب على هذه المهارات فى برامج التدريب على مهارات التفاعل (مثال ذلك Becker et al., Hogarty et al., 1991; Trower et al., 1987). ويدمج بيكر وزملاؤه (Becker et al., Cop. cit.) عناصر علاجية ، تسعى لتعليم العملاء الآتى :

١) تعرف المؤشرات الدينامية المختلفة كما تعرض ٢.) أن يفهموا المعايير الاجتماعية . ٣) أن يتخيلوا أو يقوموا بالفعل بعديد من الاستجابات لهذه المؤشرات الدينامية . ٤) أن يلاحظوا مؤشراتهم الدينامية الخاصة ويقوموا بتعديلها بهدف تحسين التواصل . ويوفر هذا البرنامج مخططاً ممتازاً للطريقة التى يمكن للناس أن يُعلموا بها كيف يوجهون انتباههم إلى المؤشرات الاجتماعية التى يصدرها الآخرون ، وكيف يفسرون معانيها . وتُشكل مواقف معينة لتعلم هذه المهارات . مثال ذلك أن أحد المجالات المستهدفة تتعلق بمراقبة مناقشات الآخرين ومؤشراتهم أثناءها ، بهدف تحديد متى سيقوم الشخص بإنهاء حديثه وترك الحديث للمنصت الذى يتوقع منه الآن أن يتكلم . وتتضمن الطرق الخاصة بتعلم هذه المهارة تعليمات مباشرة ، وتفسيرات لنوع المؤشرات التى تشير إلى مايطلق عليه المؤلفون اسم «العرض بالإزاحة القاعدية» (١) ، وكيفية استخدام هذه المؤشرات لإعطاء إشارة إزاحة قاعدية ، ويتم عرض ومناقشة الاستجابات المناسبة لهذه المؤشرات . والتدريب على ملاحظة المؤشرات واستخدام الاستجابات المناسبة

(1) Floor Shift.

لها، واستخدام العائد والمهام المنزلية . وبالتالى فإن الطرق المستخدمة فى التدريب على مهارات السلوك الاجتماعى الصريح يمكن استخدامها هنا بالقدر المناسب نفسه لتعليم المهارات المعرفية الاجتماعية للإدراك الاجتماعى .

وعلى الرغم أنه من الواضح أن التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى معقول للغاية ، إلا أنه توجد فى الواقع دلائل قليلة للغاية تحدد ما إذا كان مثل هذا التدريب فعالاً بالفعل ، وما إذا كان تضمين مكونات مثل هذا العلاج يضيف إلى كفاءة التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الاجتماعى الصريح . واحدى الدراسات القليلة التى اختبرت هذا المجال هى الدراسة التى نشرها بولر Bullmer (1972) . الذى يذكر أن أساليب التعلم بالنمذجة والعائد كانت فعالة فى تحسين مهارات الإدراك الاجتماعى لدى طلاب جامعيين يدرسون الإرشاد التعليمى . ومن الواضح أن التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى مجال مفتوح ومتسع للغاية للبحوث ، كما أن وجود أساليب تقييم الإدراك الاجتماعى (Archer and Alert, 1977; Ekman, 1971; Rosenthal et al., 1979; Spencer, 1980) سيؤدى لأن يصبح القيام بالدراسات التقييمية أسهل نسبياً . وكثيراً ما أدرجت مهارات القيام بالأدوار ، وتناول الرموز من منظور إجتماعى ، ومهارات التعاطف فى فئة الإدراك التفاعلى . ومرة أخرى يتبين أن الاهتمام الرئيسي للبحوث، كان متجهاً لدراسة مدى اتساع هذه المهارات وأهميتها ، وأستخدامها أكثر مما اتجه إلى تعزيزها . (Hughes, 1978)

وفى ضوء نقص البحوث التقييمية فى مجال التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى ، يمكن الخروج بعدد قليل من الاستخلاصات . ويبدو أن هناك حاجة لتطورات تالية فى ضوء التأثير الضخم ، الذى يمكن أن تحدثه آفات مهارات الإدراك الاجتماعى على الكفاءة الاجتماعية . (Morrison and Belleck, 1981) .

التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية

تؤدى مهارات حل المشكلات الاجتماعية إلى تمكين الفرد من تحديد وجود موقف مُشكل وتحديد مجال الاستجابات البديلة ، وتمكنه من التنبوء بالنتائج المحتملة لكل بديل ، وبالتالى يختار الاستجابة ذات الاحتمال الأكبر لأن تؤدى إلى نتيجة ناجحة . وقد نُوقشت أهمية مهارات حل المشكلات الاجتماعية بواسطة مؤلفين متعددين (مثال ذلك . McFall, 1982) ، وقدمت خطوطها العريضة تفصيلاً فى الفصل الحادى عشر . وأفات حل المشكلات الاجتماعية متضمنة فى عدد من الاضطرابات النفسية بما فى ذلك الاكتئاب (Nezu, 1986) والفصام (Platt and Spivek, 1972) . وقد أدى العدد المحدود من الدراسات التى فحصت مدى فعالية التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية إلى نتائج مشجعه . وقد نشر تونتيمان وزملاؤه Twentyman et al. (1978) بعض التحسن فى الاستجابات التوكيدية تلى التدريب على حل المشكلات . وقد قارنت هذه الدراسة بين إجراء يتضمن النمذجه والمرانة وبروفات على التعبيرات الذاتية الإيجابية والتدريب على حل المشكلات الاجتماعية ، وبين منحى معيارى للتدريب على المهارات الاجتماعية ، وقد تفوقت كل المجموعات على المجموعة الضابطة فى الأداء على المقاييس السلوكية للتوكيد ، ولكن لم تظهر فروق بينهم على الإجراءات الأخرى . كما قارن نيزو Nezu (1986) بين التدريب على حل المشكلات الاجتماعية المصحوب بعلاج يتركز حول مشكلة ، وبين مجموعة ضابطة من المرضى على قوائم الانتظار على علاج الاكتئاب . وقد أدى التدريب على حل المشكلات الاجتماعية إلى نقص جوهرى فى مستوى الاكتئاب كان مصحوباً بتحسن فى مهارات حل المشكلات . وقد ظلت الفوائد المحققة مستمرة على

مدى ستة أشهر من المتابعة ، ولم يكن واضحاً فى حالتى المقارنة مايوحى أن التدريب على حل المشكلات الاجتماعية له قيمة فى علاج الاكتئاب . وقدم بليك وزملاؤه (1989) Bellack et al. مراجعة لنتائج الدراسات المتعلقة بالتدريب على حل المشكلات الاجتماعية لدى الفصاميين . وقد ذكر هؤلاء المؤلفون عديداً من المشكلات المنهجية فى هذه الدراسات ، مثل : الحجم الصغير للعينات ، ونقص المقاييس المناسبة لتقييم النتائج ، وتدخل مكونات علاجية إضافية ، مما جعل من الصعب استخلاص أيه نتائج حاسمة حول قيمة التدريب على حل المشكلات الاجتماعية بالنسبة للمرضى الفصاميين . وقد استخدم التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أيضاً مع راشدين معاقين عقلياً ، وقد وجدت دراسة نشرها برامستون وسبنس Bramston and Spence (1985) أن التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أدى إلى تحسن جوهرى فى توليد حلول بديله لدى راشدين متخلفين عقليًا تخلفاً متوسطاً ، غير أن هذا التأثير لم يدم طويلاً ، ولم يؤد إلى تحسن فى التقديرات الإجمالية للكفاءة الاجتماعية وفق تقديرات فريق العناية . غير أنه من المشوق ملاحظة أن التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح ، لم يؤد إلى زيادة مماثلة فى توليد الحلول البديله ، ولكنه أدى إلى تحسن حقيقى فى بعض المهارات الاجتماعية المعينة ، وهو تأثير لم ينتج فى حالة التدريب على حل المشكلات الاجتماعية . وبالتالى يكون تدريب راشدين متوسطى التخلف العقلى على مهارات حل المشكلات الاجتماعية قد أدى إلى مزايا قاصرة على التغير المعرفى ، بينما أدى التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح إلى مزايا قاصرة على السلوك الصريح . ومرة أخرى يتعين الإشارة إلى أنه مثلما يحدث فى أغلب دراسات التدريب على المهارات الاجتماعية ، لم يكن أساس اختيار المفحوصين هنا أيضاً وبصفة عامة هو وجود آفات فى المهارات التى ستُتعلم ، أى آفات مهارات حل المشكلات الاجتماعية . وقد تكون منافع التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أكثر تميزاً ، إذا طبق على عملاء يعانون من ضعف فى قدرات حل المشكلات ، وليس على عملاء مجرد يفترض وجود مثل هذه الآفات لديهم .

التحكم في المشاعر : خفض القلق والغضب

خفض القلق

تم بقوة فى الفصل السابق تأكيدأهمية القلق الاجتماعى فى تطور واستمرارية عدم الملاءمة الاجتماعية . وبالنسبة لبعض العملاء ، قد يتعرض استخدامهم لمهاراتهم الاجتماعية للكف نتيجة للمستوى المرتفع من القلق ، أو قد يتجنبون مواقف اجتماعية معينة ، مما يؤدى إلى حدوث صعوبات تفاعليه (Curran, 1977) . ويكون من المهم فى هذه الحالات أن يتركز العلاج على تعليم طرق خفض القلق ، وأكثر الطرق المستخدمة شيوعاً فى خفض القلق تتضمن التدريب على الاسترخاء والتسكين المنظم . ويحدد المعالج فى هذا الإجراء الأخير سلماً متدرجاً من المواقف المثيرة للخوف ، ويشجع العميل على التعرض لهذه المواقف المثيرة للخوف ، بينما يكون منشغلاً فى استجابات ، لاتتوافق مع القلق (بمعنى أن يكون فى حالة استرخاء) ،، ويكون برنامج التعرض تدريجيًا ، حيث يتعلم العميل أولاً كيفية التعامل مع أقل المواقف إثارة للقلق ، ثم يتقدم بشكل منتظم نحو أكثرها إثارة للخوف وهناك الآن دلائل قوية على أن التسكين المنظم وأساليب التعرض من هذا النوع يمكن أن تكون فعالة مع العملاء ، الذين يعانون مشكلات الخوف الإجتماعي والقلق الاجتماعى ، والخجل المفرط (Heimberg, 1989) ، ويبدو أن التعرض فعال أيضاً مع مرضى المخاوف الاجتماعية الذين يعانون من آفات أساسية فى المهارات الاجتماعية ، بالإضافة إلى مخاوفهم الاجتماعية . وعلى الرغم من ذلك ، ونتيجة للصعوبات فى ترتيب تعرض متصل ونتيجة للتأثير المعرفى على المخاوف الاجتماعية ، فإن العلاج المعرفى دائماً مايكون ضرورياً لاستكمال العلاج (انظر

مايلى وكذلك Lindsay الفصل الثامن) وبالتالى فمن غير الواضح إذا ماكان التدريب على المهارات الاجتماعية ، أو التسكين المنظم هو أكثر أساليب العلاج مناسبة للعملاء ذوى المخاوف الاجتماعية ، الذين يعانون من أفات فى المهارات الاجتماعية . وقد ذكر ولازلو وزملاؤه (1990) .Wlazlo et al أن كلاً من المنحين متساويان فى تأثيرهما ، بعد العلاج على مدى ثلاثة أشهر ، وعلى مدى عامين من المتابعة حتى بالنسبة لمرضى المخاوف الاجتماعية ، أصحاب آفات المهارات الاجتماعية . وعلى الرغم من ذلك يذكر تراور وزملاؤه (1978) .Trower et al أن المرضى القلقين اجتماعياً ممن لديهم آفات فى المهارات الاجتماعية يستجيبون بالقدر الجيد نفسه للتدريب على المهارات الاجتماعية والتسكين المنظم . ومن المشوق أن نجد أن التدريب على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى خفض القلق الاجتماعى لدى الأشخاص ، ممن لاتوجد لديهم آفات فى المهارات الاجتماعية . ويحتمل أن يكون تفسير ذلك راجعاً إلى البيئة «الآمنه» ، التى تتوفر من خلال مجموعات التدريب على المهارات الاجتماعية ، وحيث تكون المهام الاجتماعية المثيرة للخوف ممكنة الممارسة ، دون خوف من التعرض للسخرية أو النتائج السلبية . كما توفر الواجبات المنزلية أيضاً إمكانية التعرض للمواقف التى سبق تجنبها . وبالتالى فإن منحى التدريب على المهارات الاجتماعية يتيح خبرة تسكينية مما يترتب عليه خفض للخوف . ومن المثير للشغف ملاحظة أن الخصائص المميزة للمخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعى يبدو أنها ليست مجرد خوف من مواقف اجتماعية ، بل خوف من التعرض للتفحص والتقييم السلبى من الآخرين . وقد أدى ذلك إلى تطور طرق إعادة التشكيل المعرفى ، التى صممت لمعالج الأفكار والإتجاهات ، التى يعتقد أنها تؤدى إلى الاستجابات الإنفعالية للخوف والقلق فى المواقف المنبهة لهما (Butler, 1989). وقد تم تناول هذا المجال بتفصيل أكبر فيما يلى .

ضبط الغضب والتحكم فيه

تعد عدم القدرة على التنظيم الذاتى لإنفعال الغضب مسئولة بقدر ما عن الاستجابات الاجتماعية غير الملائمة فى التفاعلات الضاغطة أو المستفزة (Novaco, 1975, 1977) . ولتقدير التحكم فى الغضب يؤكد نوفاكو على الحاجة إلى التركيز على الاستجابات المعرفية والبدنية الإنفعالية والسلوكية ، وقد أدى ذلك إلى تطوير برنامج شامل للتحكم فى الغضب ، يتضمن عديداً من إجراءات التعديل المعرفى والاسترخاء وطرق التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح . ويُعلم العملاء بشكل نمطى كيفية تحديد المواقف التى تميل إلى استثارة الاستجابات الغاضبة ، وأن يلاحظوا الاستجابات الفسيولوجية التى تشير إلى المراحل المبكرة للغضب ، وما أن تتم هذه الخطوة حتى يُدرب العملاء على وقف الاستجابة ، وليس الاستجابة عندما يلاحظون المواقف المثيرة والاستجابات الفسيولوجية ، ثم يدربوا بعد ذلك على الاسترخاء ، وأن يستخدموا استراتيجيات حل المشكلات التفاعلية ، التى سبق إيضاحها بهدف اختيار الاستجابة الملائمة اجتماعياً . ويمكن استخدام استراتيجيات الحديث الذاتى لتعليم الناس كيفية القيام بحل المشكلات الضرورية ، وتستخدم بعد ذلك طرق التدريب على المهارات الاجتماعية لتعليم العميل ، كيف يستجيب بشكل مناسب وبطريقة تتسم بالكفاءة . ويهدف العلاج فى المستوى المعرفى إلى تصحيح كل من التقييم والإعزاء والتوقعات الخاطئة ، ومواجهة التعبيرات الذاتية السلبية ، كما توصف فى القسم التالي. وقد نشر نوفاكو عدة دراسات ، يعلم فيها العملاء أساليب التعامل المعرفى والبدنى والسلوكى ، والتى يقومون بعد ذلك بممارستها فى المواقف المستفزة . وقد توصل باحثون آخرون (مثال ذلك : Moon and Eisler , 1983) إلى دلائل تدعم فوائد هذا النمط من المناحى للتحكم فى الغضب ، مشيرين إلى قيمة المناحى المعرفية السلوكية مع العملاء ، ممن تقرن صعوباتهم التفاعلية بمشكلات فى الطباع والتحكم فى الغضب

خفض سوء التوافق المعرفى

أشرنا حتى الآن إلى ثلاثة أنماط للتدخل ، وهى التدريب على الإدراك الاجتماعى ، والتدريب على حل المشكلات الاجتماعية ، واستخدام استراتيجية الحديث الذاتى (١) . وقدم مؤلفون آخرون (Rehm and Marston, 1986; Becker et al., 1987) الخطوط العريضة لاستخدام ملاحظة الذات (٢) والتقييم الذاتى وأساليب التدعيم الذاتى لتحسين الكفاءة الاجتماعية لبعض العملاء .

وعلى الرغم من ذلك ، حظيت الحاجة لتعديل سوء التوافق المعرفى والسلبى بالانتباه فى علاقتها ببرامج التعزيز الاجتماعى (Glass et al., 1976; Halford and Foddy, 1982; Butler, 1989) .

وقدر تركز القدر القليل من البحوث المتاح حتى الآن على المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعى فى مجال الجنسية الغيرية . وعرضت عدة دراسات مزايا أساليب إعادة التشكيل المعرفى فى علاج المخاوف الاجتماعية ، مثال ذلك أن هيمبرج (Heimberg, 1989) وماتيك وزملاءه Mattick et al. (1989) ذكروا أن إعادة التشكيل المعرفى كان أكثر فاعلية من التعرض ، من خلال الأداء على مقاييس التجنب فى المخاوف ، والتقييم السلبى والمعتقدات غير العقلانية . وقد أشار كل من كانتر وجولد فرايدKanter and gold Fried(1979) ومالكو فيتش وميرلوزى Malkiefich and Merluzzi (1980) إلى فعالية إجراءات التشكيل المعرفى العقلانى فى خفض القلق وزيادة القدرة على الإتجاه ، نحو مواقف اجتماعية جنسية غيرية والتعامل معها بكفاءة ، كما ذكر جلاس وزملاءه أيضاً Glass et al. (1976) نتائج إيجابية لاستخدام إجراء للتعزيز الذاتى المعرفى مع ذكور قلقين اجتماعياً . ويتضمن هذا الإجراء برنامج نصف آلى مسجل على شرائط صوتية تتضمن وصفاً لمواقف جنسية غيرية ، ثم يعرض نموذجًا تستبدل فيه الأفكار الإيجابية بالأفكار السلبية ، ويطلب من العملاء بعد ذلك عمل بروفة للتعبيرات الايجابية الذاتية بصوت مرتفع وحيث يتلقون عليها عائداً ومرانا . وقد وجد تحسن جوهرى على المقاييس السلوكية بعد التدخل فى عدد المكالمات التليفونية للحصول على مواعيد من فتيات ، وفى الانطباع عن الإناث أثناء المكالمات التليفونية . وعلى الرغم من ذلك وجدت نتائج مشابهة فى إجراء أكثر تقليدية للتدريب على المهارات الاجتماعية الحركية . وذلك على الرغم من وجود بعض الدلائل على تعميم أكبر للتغير السلوكى ، فى حالة الإجراء المعرفى . ولم يتفوق استخدام تأليف من بين الإجراءات المعرفية السلوكية من هذه الإجراءات . وكانت كل أساليب العلاج متفوقة على المجموعة الضابطة التى لم تتلق علاجاً ، وقد تبين أن استخدام أساليب إعادة التشكيل المعرفى مثل أساليب بيك Beck (1976) أو إليس Ellis (1968) غير مشجعة ، عند تطبيقها على مشكلات الكفاءة الاجتماعية ، كما ظهر من خلال العدد القليل المتاح من الدراسات حتى الآن (انظر Lindsay الفصل الثامن و Bradley الفصل السادس) . وقد شكلت مثل هذه الأساليب جزءاً متكاملاً من الكثير من برامج التدريب على التوكيدية . (مثال ذلك : Lang and Jakubowski, 1976) وعلاجاً متكاملاً للمخاوف الاجتماعية (مثال ذلك Heimberg et al, 1985) .

مناحى التعزيز الاجتماعى لاضطرابات معينة

سننظر الآن فى تطبيقات الأساليب ، التى سبق ذكرها على بعض جماعات العملاء النوعية . وتكشف مراجعة هذه الدراسات عن أن المؤلفين يستخدمون بطريقة نمطية تعبير «التدريب على المهارات الاجتماعية» ليغطى مجالاً واسعاً من الأساليب ، التى تتضمن بصفة عامة بعض أو كل الطرق المشار إليها

(1) Self-talk.
(2) Self monitoring.

فيما سبق . وبالتالى فإن تعبير «التدريب على المهارات الاجتماعية» سيستخدم هنا تحت هذه المظلة ، مع إيضاح المكونات المستخدمة فى الدراسات المختلفة كلما كان ذلك ممكناً . وقد طبقت أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية ذات الأشكال المختلفة على كل مجموعات العملاء ، التى يمكن تخيلها تقريباً ، وعلى مجال واسع من المهارات المستهدفة ، ومن غير الممكن مناقشة كل هذه المجالات هنا ، وبالتالى سيشار فقط لبعض مجموعات العملاء .

المتخلفون عقليًا

قيم عديداً من الدراسات مزايا تدريب الراشدين المتخلفين عقلياً على المهارات الاجتماعية ، ونوع التدريب المستخدم ، وأهداف التدخل وفقاً لدرجة شدة الآفات المعرفية . وللتدريب على المهارات التفاعلية مكانة مهمة فى تعليم الأشخاص المتخلفين عقلياً ، وكثيراً ماذُكر ضمناً أن الراشدين المتخلفين عقلياً يمكن تدريبهم لتحسين استخدامهم لمهارات اجتماعية معينة وأساسية ومعقدة على المدى القصير . غير أن المدى الذى تستمر فيه هذه المزايا وتبقى ودرجة تعميمها على التفاعلات الاجتماعية أقل إثارة (Foxx et al., 1983; Bates, 1980; Lalli et al., 1991) ، بالإضافة إلى ذلك فإن تأثير تدريب مهارات اجتماعية معينة على المقاييس الأكثر عمومية للكفاءة الاجتماعية دائماً ماكانت ضعيفة (Bramston and Spence, 1985; Matson and Senator, 1981) وبالتالى يتعين أن تركز الجهود المستقبلية على تطوير أساليب ، تساعد على الحفاظ على التحسن الذى تم وتعزز تعميمه على مواقف الحياة اليومية .

وبالنظر إلى الآفات المعرفية الموجودة لدى الأشخاص المعاقين عقليًا سيكون من المنطقى إفتراض أن الآفات المعرفية فى مهارات حل المشكلات التفاعلية ستلعب دوراً مهمًا يؤدى إلى إستجابات تفاعليه غير مناسبة . وبالتالى يبدو أن التدريب على مهارات حل المشكلات التفاعلية يعد مكوناً مهمًا فى التدخل بالنسبة للراشدين المعاقين عقلياً ممن يعانون من صعوبات اجتماعية . وكما سبق الإشارة إلى ذلك فإن الراشدين المعاقين عقلياً يمكن تدريبهم ؛ لزيادة قدرتهم على إنتاج حلول بديلة للمشكلات الاجتماعية إلا أنه يبدو أن هذا التأثير غير دائم دون تدخل إضافى ، ولايؤدى إلى تحسن جوهرى فى الكفاءة الاجتماعية الكلية (Bramston and Spence, 1985) ، ويحتمل أن يكون تآليفاً من المناحى المعرفية السلوكية الصريحة للتدخل ، أكثر فائدة من كل طريقة مستخدمة على حدة.

ومن الواضح أنه يتعين أن تتوافق الطريقة ، التى يقدم بها التدريب على المهارات الإجتماعية مع المهارات المعرفية ومدى الذاكرة لدى العملاء . ويصف فوكس وزملاؤه Foxx et al (1983). استخدام لوحة ألعاب وطريقة للعب الأدوار لتعليم مهارات مثل تلقى وتقديم إطراء . وقد ذكر أن هذه الطريقة تؤدى إلى تحسن على المدى القصير فى المهارات الاجتماعية المستهدفة ، وتمثل طريقة جديدة فى التدريب على المهارات الاجتماعية مع الراشدين المعاقين عقلياً .

الفصـــام

صعوبات الأداء الاجتماعى خاصية شائعة فى الفصام ، وهى تنتج عن عدد كبير من العوامل ، التى يمكن أن تتباين بالنسبة للأفراد المختلفين . وتتضمن هذه المتغيرات شبكة علاقات اجتماعية محدودة ، وآفات معرفية فى مهارات الإدراك الاجتماعى ، وآفات فى مهارات السلوك الاجتماعى (Shepherd, 1986) ويرى شيفرد أنه يتعين وضع مجموعة المتغيرات ، التى يمكن أن تسهم فى صعوبات الأداء الاجتماعى فى الإعتبار فى برامج التدخل . وبالإضافة إلى ذلك ، تسهم هذه المتغيرات أيضاً فى مناحى التدريب على

المهارات الاجتماعية ، مثال ذلك أن هناك حاجة لطرق لتعزيز شبكة العلاقات الاجتماعية بهدف خفض القلق الاجتماعى أو لضبط نوبات الغضب وفقاً للخصائص الشخصية لكل عميل . وبالإضافة إلى كل ذلك يتعين أن يؤخذ فى الإعتبار عند تصميم برامج التدخل طراز آفات المهارات الاجتماعية السلوكية المعينة بالنسبة للعملاء المختلفين.

وقد أوضحت دراسات عديدة جدوى تدريب المرضى الفصاميين على مهارات سلوكية اجتماعية معينة ، على الرغم من أن المزايا المحققة تعمم بصورة جزئية على التفاعلات الطبيعية ، وتُظهر بعض التدهور مع الوقت . (Benton and Schroeder, 1990, Poyne and Halford, 1990) . وعلى الرغم من أن التأثير طويل المدى على التوافق الاجتماعى مخيب للآمال ، حتى مع برامج التدريب المكثف والممتد على المهارات الاجتماعية . يذكر هوجارتى وزملاؤه Hogarty et al. (1991) على سبيل المثال أنه يتبين أن آثار التدريب على المهارات الاجتماعية تتدهور بعد عامين من التدخل المستمر ، بينما التدخلات التى تتم فى مجال الأسرة تستمر فى منع الانتكاس وتعزز التوافق الاجتماعى . ويحتمل أن تكون الميكانيزمات البيولوجية المتضمنة فى الفصام هى التى تبطل فى نهاية الأمر من مزايا التدريب على المهارات الاجتماعية . بينما التدخلات فى مجال الأسرة التى تهدف مباشرة إلى خفض الأحداث المستفزة فى محيط البيئة الأسرية ، والتى يعتقد أنها مسئولة عن أثاره نوبات جديدة من الاضطراب ، تكون أكثر نجاحاً فى منع الانتكاس .

الاكتئـــــاب

يعتمد تطبيق أساليب تدريب الأشخاص المكتئبين على المهارات الاجتماعية ، على افتراض أن آفات المهارات الاجتماعية تلعب دوراً فى أسباب المرض . ومع ذلك فإن الدراسات التى قامت بفحص آفات المهارات الاجتماعية فى الاكتئاب أدت إلى نتائج متضاربة . ويقدم وليمز Williams (1992) مراجعة لهذه الدلائل ويستخلص منها أنه يبدو من المؤكد أن الأشخاص المكتئبين يحدثون تأثيراً سلبيًا على الآخرين بمعنى الأحكام على كفاءتهم الاجتماعية . ومن المشوق ملاحظة أن هذا التأثير لايمكن إعزاؤه إلى آفات جزئية نوعية فى المهارات الاجتماعية . ولايبدو أن هناك فرقًا جوهرياً في ذلك بين المكتئبين وبين غير المكتئبين . ويرى وليمز أن مضمون مناقشات الشخص المكتئب قد يكو هو الذى يؤدى به إلى مشاعر الاغتراب وليس الطريقة التى تقدم بها المعلومات . ويتيعن الإشارة إلى أنه على الرغم من أن الأفراد المكتئبين كمجموعة ، قد لاتلاحظ لديهم آفات فى مهارات السلوك الاجتماعى فى مستوى جزئى ، إلا أن طرق التدريب على المهارات الاجتماعية تظل مفيدة فى تغيير مضمون المناقشات ، وفى إنتاج تأثير أكثر إيجابية على بقية الناس. وهناك دلائل جوهرية على تأثير التدريب على المهارات الاجتماعية ، مثلما توجد مثل هذه الدلائل بالنسبة للمجموعات الأخرى . وذلك فيما يختص بتعزيز مهارات السلوك الاجتماعى ، إلا أن التأثير على المقاييس العامة للكفاءة الاجتماعية وعلى مقاييس الاكتئاب أقل إقناعاً . وقام هيرسن وزملاءه Hersen (1984) بتقسيم ١٢٠ امرأة مكتئبة إلى أربع مجموعات علاجية . تعالج المجموعة الأولى بعقار أميتريبتيلين (١) وتعالج المجموعة الثانية بالامتريبيتلين مع تدريب على المهارات الاجتماعية والثالثة بدواء كاذب (٢) مع تدريب على المهارات الإجتماعية ، والرابعة بعلاج كاذب وعلاج نفسى (٣) ، واستمرت كل المجموعات فى العلاج لمدة اثنى عشر أسبوعاً بالإضافة إلى فترة تتراوح بين ٦ إلى ٨ جلسات دعم

(1) Amitripyline.
(2) Placebo.
(3) Psychotherapy.

وتقوية خلال شهور المتابعة الست . ولم تظهر أية فروق بين المجموعات على مقاييس الاكتئاب . إلا أن التدريب على المهارات الاجتماعية أدى إلى تحسن جوهرى على مقاييس المهارات الاجتماعية الأساسية والتقديرات الكلية للتوكيدية أثناء لعب الأدوار . وقد بقيت هذه الفروق على امتداد شهور المتابعة الستة . ويحتمل أن تكون فترة تدريب أطول على المهارات الاجتماعية مطلوبة لكى تؤدى إلى تأثير إيجابى على الاكتئاب . ويذكر ميلر وزملاؤه (1989) Miller et al. أن التدريب على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى انخفاض جوهرى للاكتئاب استمر لأكثر من ستة أشهر . ويتضمن برنامجهم حوالى ثلاثين جلسة يومية خلال إقامتهم بالمستشفى ، ومرة أسبوعياً على إمتداد عشرين أسبوعاً فى مرحلة التردد من الخارج على المستشفى ، ولم تقم هذه الدراسة بقياس التغيرات فى المهارات الاجتماعية ، وبالتالى يتعذر تحديد ما إذا كان الانخفاض فى الاكتئاب قد اقترن بالتحسن فى المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية أم لا .

المخاوف الاجتماعية

هناك الكثير مما هو مشترك بين كل من القلق الاجتماعي والخجل ، والمخاوف الاجتماعية ، وكثيراً ماتستخدم هذه التعبيرات بالتبادل . وتتضمن الخصائص المشتركة مشاعر ذاتية بالقلق المتعلق بالمواقف الاجتماعية ، وعلى وجه الخصوص تلك المواقف التى تتضمن تقييماً من جانب الآخرين ؛ مما يؤدى إلى تجنب المواقف المثيرة للخوف . ودور آفات المهارات الاجتماعية فى القلق من الأمور غير الواضحة . وقد فشلت البحوث فى التوصل إلى دلائل مقنعة على وجود آفات فى المهارات الاجتماعية على المستوى الجزئى، على الرغم من أن التقديرات الإجمالية للكفاءة الاجتماعية بواسطة محكمين مستقلين ، تميل لأن تكون أقل بالنسبة لأصحاب المخاوف الاجتماعية مقارنة بمجموعات ضابطة من غير القلقين اجتماعياً (Beidel et al., 1985, Turner et al., 1986) وعلى الرغم من نقص الآفات الواضحة فى المهارات الاجتماعية الجزئية، إلا أن عديداً من البرامج طبقت أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح ، فى علاج القلق الاجتماعي والخوف الاجتماعي .

ومن المشوق ملاحظة أن هناك كثيراً من التقارير ، التى تشير إلى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية فى علاج المخاوف الاجتماعية . ويبدو أن التدريب على المهارات الاجتماعية يتساوى فى فوائده بالنسبة للعملاء ، سواء من لديهم آفات فى المهارات الاجتماعية أم لا (Fallon et al., 1981; Wlazlo et al., 1990; Marsch et al., 1989) . وبالمثل وجد أن العملاء من أصحاب المخاوف الاجتماعية المقترنة بآفات فى المهارات الاجتماعية يستجيبون بشكل جيد وبالقدر نفسه للعلاج بالتعرض والعلاج المعرفى وطرق التدريب على المهارات الاجتماعية بالصورة ، التى نوقشت بها فيما سبق . وتؤدى هذه النتائج إلى الإيحاء بأن التدريب على المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون ناجحاً مع أصحاب المخاوف الاجتماعية؛ نتيجة للإمكانية التى يوفرها للمران على الاستجابات ، التى سبق تجنبها فى بيئة غير مهددة . وربما يؤدى هذا التعرض بعد ذلك إلى تبديل المعتقدات السلبية المتعلقة بالنتائج المنفرة المحتملة من تقييم الآخرين .

خلاصــــة

قدم هذا الفصل الخطوط العريضة لمجموعة متنوعة من الطرق ، التى تطبق على نطاق واسع لتعديل عدم الملاءمة الاجتماعية . وقد برزت بالنسبة لكل طريقة تمت مناقشتها ، سواء كانت التدريب على المهارات الاجتماعية أم خفض القلق أو حل المشكلات الاجتماعية ، أو أى شيء آخر خاصيتان شائعتان : الأولى هى أن هذه الطرق طبقت بصفة عامة كجزء من حزمة ، مما جعل من الصعب التوصية بأسلوب أو آخر ، الثانية هى أن أغلب الدراسات اختارت عملاء للتدخل ، على أساس نوع من أنواع المرض النفسى (مثال

ذلك الفصام أو الاكتئاب) ، أو على أساس عدم الملاءمة فى مواقف اجتماعية معينة (مثال ذلك صعوبة الحصول على موعد مع فتاة) ونادراً ماجرت محاولات ؛ للتأكد من أن كل العملاء يعانون حقيقة من المشكلات المفترضة ، مثل : النقص فى المهارات الاجتماعية ، أو القلق الاجتماعى المرتفع ، أو ضعف مهارات حل المشكلات. وتؤدى هذه المشكلات لصعوبة الخروج باستخلاصات حاسمة ، حول تأثير أساليب تدخل اجتماعية محددة ، وبالتالى يتعين أن تركز الدراسات التالية على إقتران أساليب العلاج باحتياجات كل عميل ، مع تصميم البرنامج لمعالجة العوامل التى تسبب معاناة الشخص من صعوبات التوافق . ويتعين بالمثل توجيه قدر أكبر من الإهتمام لطرق تعزيز عمومية التحسن الناتج عن العلاج من موقف العيادة إلى مواقف التفاعل اليومية. ويحتاج الأمر بالمثل إلى فحص طرق التوصل إلى مزايا تدوم طويلاً ، وهو الأمر الذى يؤثر بصورة قوية على جودة العلاقات التفاعلية والأداء الاجتماعى الكلى . والتحسن فى سلوكيات معينة مثل المهارات الاجتماعية الجزئية ، أو مهارات حل المشكلات الاجتماعية يكون مفيداً فقط، إذا ما كان كبيراً بقدر كافٍ وله صلة بالعميل ؛ بحيث يؤدى إلى تحسن إيجابى فى الكفاءة الاجتماعية الكلية.

References

Archer, D. and Akert, R. M. (1977) 'Words and everything else: verbal and non-verbal areas in social interpretation', *Journal of Personality and Social Psychology* 35: 443–49.

Baggs, K. and Spence, S. H. (1990) 'Effectiveness of booster sessions in the maintenance and enhancement of treatment gains following assertion training', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 845–54.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.

Bates, P. (1980) 'The effectiveness of interpersonal skills training on the social skill acquisition of moderately and mildly retarded adults', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 13: 237–48.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Becker, R. E., Heimberg, R. G., and Bellack, A. S. (1987) *Social-Skills Training for Depression*, New York: Pergamon.

Beidel, D. C., Turner, S. M. and Dancu, C. V. (1985) 'Physiological, cognitive and behavioural aspects of social anxiety', *Behaviour Research and Therapy* 23: 109–17.

Bellack, A. S. (1983) 'Recurrent problems in the behavioural assessment of social skill', *Behaviour Research and Therapy* 21: 29–41.

Bellack, A. S. Turner, S. M. Hersen, M and Luber, R. F. (1984) 'An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients', *Hospital and Community Psychiatry* 35: 1023–8.

Bellack, A. S., Morrison, R. L. and Mueser, K. T. (1989) 'Social-problem-solving in schizophrenia', *Schizophrenia Bulletin* 15: 101–16.

Benton, M. K. and Schroeder, H. E. (1990) 'Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 741–7.

Bramston, P. and Spence, S. H. (1985) 'Behavioural versus cognitive social skills training with intellectually handicapped adults', *Behaviour Research and Therapy* 23: 239–46.

Bullmer, K. (1972) 'Improving accuracy of interpersonal perception through a direct teaching method', *Journal of Counselling Psychology* 19: 37–41.

Butler, G. (1989) 'Issues in the application of cognitive and behavioural strategies to the treatment of social phobia', *Clinical Psychology Review* 9: 91–106.

Curran, J. P. (1977) 'Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: a review', *Psychological Bulletin* 84: 140–57.

Curran, J. P. and Monti, P. M. (eds) (1982) *Social Skills Training*, New York: Guilford.

Ekman, P. (1971) 'Universal and cultural differences in facial expressions of emotions', in J. K. Cole (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*, Nebraska: University of Nebraska Press.

Ellis, A. (1958) 'Rational psychotherapy', *Journal of General Psychology* 59: 35–49.

Falloon, I. R. H., Lloyd, G. G. and Harpin, R. E. (1981) 'The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with nonprofessional therapists', *Journal of Nervous and Mental Disease* 169: 180–3.

Foxx, R. M., McMorrow, R. J. and Schloss, C. N. (1983) 'Stacking the Deck: Teaching social skills to retarded adults with a modified table game', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 16: 157–70.

Foxx, R. M., McMorrow, R. J. Bittle, R. G. and Fenlon, J. (1985) 'Teaching social skills to psychiatric in-patients', *Behaviour Research and Therapy* 23: 531–7.

Friedman, P. H. (1971) 'The effects of modelling and role playing on assertive behaviour', in R. D. Rubin, H. Fensterheim, A. A. Lazarus and C. M. Franks (eds) *Advances in Behavior Therapy*, New York: Academic Press.

Glass, C. R., Gottman, J. M. and Schmirak, S. H. (1976) 'Response-acquisition and cognitive self-statement modification approaches to dating skills training', *Journal of Counselling Psychology* 23: 520–6.

Goldstein, A. P. (1973) *Structured Learning Therapy: Towards a Psychotherapy for the Poor*, New York: Academic Press.

Goldstein, A. P., Sherman, M., Gershaw, N. J., Sprafkin, R. P. and Glock, B. (1978) 'Training aggressive adolescents in prosocial behaviour', *Journal of Youth and Adolescence* 7: 73–93.

Halford, W. K. and Foddy, M. (1982) 'Cognitive and social-skill correlates of social anxiety', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 17–28.

Heimberg, R. G. (1989) 'Cognitive and behavioural treatments for social phoboa: a critical analysis', *Clinical Psychology Review* 9: 107–28.

Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., and Vermilyea, J. A. (1985) 'Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments', *Journal of Nervous and Mental Disease* 173: 236–45.

Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M. and Thase, M. E. (1984) 'Effects of social skills training, amitriptyline and psychotherapy in unipolar depressed women', *Behaviour Therapy* 15: 21–40.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., and Carter, M. (1991) 'Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 48: 340–6.

Hollin, C. R. and Trower, P. (1986) 'Social skills training: critique and future development', in C. R. Hollin and P. Trower (eds) *Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions* 10: 237–58, Oxford: Pergamon.

Hughes, M. (1978) 'Selecting pictures of another person's view', *British Journal of Educational Psychology* 48: 210–19.

Kanter, N. J. and Goldfried, M. R. (1979) 'Relative effectiveness of rational restructuring and self control desensitization in the reduction of inter-personal anxiety', *Behaviour Therapy* 10: 472–90.

Kazdin, E. A. (1982) 'The separate and combined effects of covert and overt rehearsal in developing assertive behaviour', *Behaviour Research and Therapy* 20: 17–25.

Kelly, J. A. (1982) *Social Skills Training: a Practical Guide for Interventions*, New York: Springer.

Lalli, J. S., Pinter-Lalli, E., Mace, F. C. and Murphy, D. M. (1991) 'Training interactional behaviours of adults with developmental disabilities: A systematic replication and extension', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 24: 167–74.

Lange, A. J. and Jakubowski, P. (1976) *Responsible assertive behaviour: Cognitive-behavioural procedures for trainers*, Champaign, Ill.: Research Press.

Liberman, R. P., King, L. W., De Risi, W. J. and McCann, M. (1975) *Personal Effectiveness: Guiding People to Assert Themselves and Improve their Social Skills*, Champaign, Ill.: Research Press.

McFall, R. M. (1982) 'A review and reformulation of the concept of social skills', *Behavioural Assessment* 4: 1–33.

Malkiewich, L. E. and Merluzzi, T. V. (1980) 'Rational restructuring versus desensitization with clients of diverse conceptual levels: a test of client-treatment match model', *Journal of Counselling Psychology* 27: 453–61.

Matson, J. L. and Senatore, V. (1981) 'A comparison of traditional psychotherapy and social skills training for improving interpersonal functioning of mentally retarded adults', *Behavior Therapy* 12: 369–82.

Mattick, R. P., Peters, L. and Clarke, J. C. (1989) 'Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study', *Behaviour Therapy* 20: 3–24.

Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bogels, S. M. and Van der Sleen, J. (1989)

'Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions', *Behaviour Research and Therapy* 27: 421–34.

Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B. and Dow, M. G. (1989) 'Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients', *Behavior Therapy* 20: 25–47.

Moon, J. R. and Eisler, R. M. (1983) 'Anger control: an experimental comparison of three behavioral treatments, *Behavior Therapy* 14: 493–505.

Morrison, R. L. and Bellack, A. (1981) 'The role of social perception in social skills', *Behavior Therapy* 12: 69–79.

Nezu, A. M. (1986) 'Efficacy of social-problem-solving therapy approach for unipolar depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 196–202.

Novaco, R. W. (1975) *Anger Control: the Development and Evaluation of an Experimental Treatment*, Lexington Mass.: Lexington Books.

Novaco, R. W. (1976) 'The treatment of anger through cognitive and relaxation controls', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 681.

Novaco, R. (1977) 'Stress inoculation: a cognitive therapy for anger and its application to a case of depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45: 600–8.

Payne, P. V. and Halford, W. K. (1990) 'Social skills training with chronic schizophrenic patients living in community settings', *Behavioural Psychotherapy* 18: 49–64.

Platt, J. J. and Spivack, G. (1972) 'Problem-solving thinking of psychiatric patients', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 148–51.

Prince, H. F. (1975) 'The effects of covert behavioural rehearsal, modelling and vicarious consequences in assertive training', unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

Rehm, L. P. and Marston, A. R. (1968) 'Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: an instigation therapy technique', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 32: 565–74.

Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M., Rogers, P. and Archer, D. (1979) *Sensitivity to Nonverbal Communications: The PONS Test*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Shepherd, G. (1983) 'Introduction. Chapter 1', in S. H. Spence and G. Shepherd (eds) *Developments in Social Skills Training*, London: Academic Press.

Shepherd, G. (1984) 'Assessment of cognitions in social skills training', in P. Trower (ed.) *Radical Approaches to Social Skills Training*, London: Croom Helm.

Shepherd, G. (1986) 'Social skills training and schizophrenia', in C. R. Hollin and P. Trower (eds) *Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions*, 1: 9–38, Oxford: Pergamon.

Spence, S. H. (1980) *Social-Skills Training with Children and Adolescents: A Counsellor's Manual*, Windsor: NFER.

Spence, S. H. (1983) 'Teaching social skills to children: an annotation', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24: 621–7.

Spence, S. H. and Shepherd, H. (eds) (1983) *Developments in Social Skills Training*, London: Academic Press.

Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M. and Elie, R. (1989) 'A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder', *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 739–44.

Trower, P., Bryant, B. and Argyle, M. (1978) *Social Skills and Mental Health*, London: Methuen.

Turner, S. M., Beidel, D. C. and Larkin, K. T. (1986) 'Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 523–7.

Twentyman, C. T. and Zimering, R. T. (1979) 'Behavioural training of social skills: a critical review', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification. Vol. 7*, New York: Academic Press.

Twentyman, C. T., Pharr, D. and Connor, J. M. (1978) 'A comparison of three cognitive modification programmes in assertion training', unpublished manuscript, State University of New York.

Wilkinson, J. and Canter, S. (1982) *Social Skills Training Manual*, Chichester: Wiley.

Williams, J. M. G. (1992) *The Psychological Treatment of Depression. 2nd edn*, London: Routledge.

Wlazlo, Z., Schroeder-Harwig, K., Hand, I., Kaiser, G. and Munchau, N. (1990) 'Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects', *Behaviour Research and Therapy* 28: 181–93.

الفصل الثالث عشر

فحص الصراع الزواجى

Marital conflict Investigation

Ian Bennun إيان بنون

الفصل الثالث عشر

فحص الصراع الزواجي

إيان بنون Ian Bannun

مقدمة :

يعتمد تقييم الصراع الزواجي ، وتقييم أية مشكلات فى العلاقات الزوجية على فرض ، مؤداه أن المعلومات التى يتم جمعها خلال هذه المرحلة من العلاج ستحدد - من بين أشياء أخرى ـ خطة التدخل . وقد يشير التقييم إلى إيجابيات وسلبيات إستراتيجيات معينة للتدخل . كما يحدد مدى التزام الشريكين بالعلاقة ، ثم يساعد بعد ذلك على تحقيق توجه معين نحو أهداف واقعية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذا يتضمن أن هناك فصلاً قائمًا بين التقييم والعلاج أو التدخل . وهذا الفرض غير مقبول عالمياً ، ذلك أن بعض النماذج العلاجية تحاول بشكل عمدى إزالة الوضوح عن هذا الفصل (Pallazzoli et al., 1980) . مثال ذلك أن توجيه سؤال إلى الزوجين لمعرفة «من منهما صاحب فكرة السعى للعلاج» ، ستعد من قبيل التدخل فى إطار هذا المنحى العلاجي . وتميز بقية المناحى بوضوح بين التقييم والعلاج (Jocobson and Morgolin, 1979) . وهناك نقطة ثانية يتعين أن تؤخذ فى الاعتبار ، فى سياق تقييم مقبول للصراع الزواجي ، وهى المؤشرات التى تتطلب الفحص . وفيما سبق كان ينظر إلى السلوك بوصفه الهدف الأولى للتقييم ، وكان السلوك الزواجي يُعرَّف باعتباره هذه التفاعلات الصريحة التى تحدث بين الشريكين . ومع ذلك وبقدر ماأصبح فهمنا للزواج متزايداً بطريقة محنكة ، بقدر ما أصبحت هناك حاجة لتوسيع المجالات التقليدية للتقييم . وقد أوضحت البحوث فى المجال الوجدانى والمعرفى الاجتماعى للزواج ضعف تقييم مجرد «السلوك الزواجي» ، وأصبح من المتعين أن يتضمن التقييم الشامل الآن هذه العوامل . وقد عرف فينسنت وكارتر Vincent and Carter (1987) التقييم بأنه عملية قياس المكونات السلوكية والمعرفية والوجدانية فى كل العلاقات .

وسيمتد التركيز فى هذا الفصل لأبعد من تقييم اختلال السلوك الزواجي حسبما سبق وصفه فى الطبعة الأولى من هذا المرجع . (Bennun, 1987) وبالتالى سيتضمن مناقشات للعوامل المعرفية والوجدانية ، التى تسهم فى الكدر الزواجي . وعلى المرغم من أنه يمكن المجادلة فى أنه لايسهل الفصل بين ماهو معرفى وماهو وجدانى أو سلوكى لأغراض التقييم ، فسيتعين الاتساع بالتأكيد العام المقبول حول «ماالذى يلاحظ» ؛ ليغطى الجوانب الأخرى التى تؤثر فى السلوك .

دورة الحياة الزوجية

قبل البدء بفحص بعض القضايا المحددة ، ومناهج التقييم الزواجي ، تجدر الإشارة إلى بعض الجوانب العامة المتضمنة ، وعلى وجه الخصوص حجم المعلومات التى يطلبها المعالج كجزء من العملية الشاملة للتقييم . وما أن يُدعى الزوجين لتقديم وجهات نظرهما حول المشكلة القائمة ، حتى يكون من الضرورى وضع حياتهما المزوجية فى سياق تطورى . وأحد الأساليب لتحقيق ذلك ، هو وضع الزوجين داخل دورة الحياة الزوجية (Carter and McGoldrick, 1989; Falicov, 1988) . ويحدد هذا النموذج

المراحل المحددة ، التى يتطور خلالها الزواج ، ويحدد بعض المهام التى تقترن بكل مرحلة .

ولنموذج دورة الحياة الزوجية تأثير رئيسى على الطريقة ، التى ينظر بها المعالج الزواجى لكل من الأداء الزواجى والأسرى ويقيمهما . قد ذكر بعض المؤلفين أن المشكلات الزوجية والأسرية تنتج عن تداخلات فى التطور الطبيعى لدورة الحياة الزوجية والأسرية . وتمر العلاقات الحميمة خلال مراحل دقيقة أثناء تطورها ، وفى كل مرحلة منها عدد من المهام الخاصة بها . ومن الممكن تحديد سبع مراحل ، والتفكير فى بعض المهام والوظائف المقترنة بكل منها . وكوسيلة فى تقييم الصراع الزواجى ، يستطيع الأخصائيون الإكلينيكيون التفكير فيما إذا كان الزوجان يناضلان لتحقيق مهمة معينة ، وذلك بمجرد وضع الزوجين فى الإطار التالى (Bennun, 1988) :

١ ـ الأسرة المبتدئة تتضمن المغازلة والزواج ، قبل بداية إقامة الأسرة .

٢ ـ الأسرة العائلة لطفل تبدأ مع ميلاد أول طفل للزوجين ، وتستمر حتى يلتحق هذا الطفل بالمدرسة.

٣ ـ الأسرة المربية لطفل هى استمرار للمرحلة السابقة ، وإلى أن يصل أكبر الأطفال إلى سن المراهقة .

٤ ـ الأسرة ذات المراهقين تبدأ مع مراهقة أول طفل ، وتستمر حتى يترك أكبر الأطفال البيت .

٥ ـ الأسرة كمركز إنطلاق تتضمن الفترة من الوقت ،التى يبدأ خلالها أول وآخر طفل مغادرة البيت ، وبدء حياة أكثر استقلالاً .

٦ ـ أسرة أواسط العمر هى الممتدة خلال الوقت ، الذى يكون فيه الزوجان الوالدان معاً دون أطفالهما إلى أن يتقاعد أحدهما أو كلاهما .

٧ ـ الأسرة المسنة وهى القائمة ، خلال الجزء المتبقى من عمر الوالدين .

ويذكر فاليكوف Falicov (1988) أن إعادة تكوين العلاقة الزوجية خلال مراحل الإنتقال ضاغط للغاية ، بوصفه عملية مولدة للقلق والخلط الذى يضاعف من الصعوبات الواضحة . كما أن سرعة التغير خلال هذه الانتقالات جوهرية بالمثل فى تقييم الصراع الزواجى . وعند حدوث انتقال أكثر بطئاً أو أكثر سرعة ، فقد يواجه الزوجان صعوبات يمكن أن تتزايد ، كلما تكرر فشلهما فى محاولاتهما لحل صعوباتهما . وبينما سيكون من اليسير وضع الزوجين فى إطار هذا النموذج التطورى ، فإن تحديد المهام التى يتعين التباحث بشأنها سيكون أكثر صعوبة . ومن المفيد أن نستعيد مع الزوجين المراحل ، التى تباحثا بشأنها بالفعل ، وأن نحدد المهام التى واجهاها فى كل وقت منها . وستكون الفروض التى أمكن الخروج بها ، والتى تخص كل مرحلة وسيلة مساعدة فى التقييم ، ويمكن إستخدامها لإدماج الزوجين فى العلاج . وبالتالى فإن تقييماً شاملاً سيمتد لأبعد من المشكلة القائمة ، وسيضعها فى سياق هذا النموذج، وذلك كوسيلة لعرض هذه المشكلات بوصفها ذات طبيعة تطورية .

عرض المشكلات : عيانية أم وظيفية ؟

يمكن النظر إلى المشكلات من جانبيها العيانى والوظيفى . ويتجه المنحى العيانى إلى فحص المشكلات ، ويفترض أنها تنتج عن إختلالات سلوكية أو معرفية ، وتتضمن الاختلالات السلوكية تلك الجوانب التى يمكن تحديدها ، باعتبارها تشكل خصائص حالات الزواج المكدرة ، وتتضمن أنماطاً ضعيفة أو غير مناسبة من التواصل ، وعدم القدرة على تخطى آفات التغيرات السلوكية ، ومهارات غير

مناسبة لحل المشكلات (Jocobson and Margolin, 1979) . وتتضمن بعض المشكلات الأخرى القائمة فى إطار النموذج العيانى صعوبات فى تجاوز أحداث معينة (العلاقات الغرامية خارج إطار العلاقة الزوجية) ، أو صعوبات تنشئة الأطفال. ويعتبر هذا المنحى أن المشكلات القائمة ، ماهى إلا آفات واسعة المدى فى المهارات.

البديل الآخر ، وهو المنحى الوظيفى (متمايزاً عن التحليل الوظيفي) يفترض أن المشكلات القائمة عبارة عن تعبيرات رمزية لنوع العلاقة ، وبالتالى فهى وظيفية وغرضية . وبالتالى تنكشف المشكلات القائمة نتيجة لدورها فى العلاقة المتكدرة . فلا ينظر لمشكلة تواصل ، على سبيل المثال ، باعتبارها علامة على وجود آفة فى المهارات ، بل على أنها بالأحرى طريقة ينظم بها الزوجان المودة فيما بينهما ، فتجنب مناقشة العلاقة الحميمة يحفظ للشريكين مسافة آمنة بينهما . وبالمثل قد تشير المشكلات القائمة لصعوبات فى مناقشة المهام التطورية فى الحياة الزوجية . وبينما تكون المشاكل واضحة ، إلا أن الصعوبات التطورية يتعين الإفصاح عنها بشكل مناسب .

وما إن نضع فى الاعتبار الطبيعية العيانية والوظيفية للمشكلات أو أيهما ، حتى تصبح هناك حاجة لتقرير عدد من القضايا على الوجه التالى :

١ ـ لماذا يسعى الزوجان للحصول على علاج فى هذا الوقت بالذات ؟

٢ ـ فترة استمرار المشكلة والمحاولات السابقة لإيجاد حلول لها .

٣ ـ هل هناك أشخاص آخرون تأثروا بالصعوبات (الأطفال مثلاً) ؟

٤ ـ هل هناك أية عوامل دفينة أو مفجرة للعلاقة الزوجية ، يتعين وضعها فى الاعتبار (عوامل اجتماعية ـ اقتصادية، أحداث حياة) ؟

٥ ـ هل كل من الشريكين ملتزم بالعلاج ؟

٦ ـ التروى فى النتائج الإكلينيكية .

٧ ـ ملاحظة العلاقة العلاجية ، وعلى وجه الخصوص تلك المتعلقة بالثقة والتوقع الإيجابى ، ولعب الأدوار ، إلخ .

ويفضل الممارسون أحياناً تقييم كل شريك من الشريكين على انفراد ، فى محاولة لتحديد ما إذا كانت هناك مشكلات فردية ، يمكن أن تتدخل فى الأداء الزواجى . ومن الواضح أن إدمان الخمر يقوض الرضا الزواجى ؛ مما يتطلب وضع دور الإدمان فى سياق العلاقة الزوجية ، والعديد من الأزواج الذين يطلبون المساعدة ، يفعلون ذلك بعد أن يكونوا قد أقاموا علاقة غير شرعية خارج الزواج ، وعلى المعالجين أن يقرروا ما إذا كان يتعين توقف هذه العلاقة أثناء علاج الزوجين ، وأن يناقشوا تأثيرها على نتائج العلاج إذا ماظلت سراً . ومن بين الأجزاء المهمة فى كل عمليات التقييم ، والتى يتعين فحصها وجود حالات مرضية نفسية ، ومشكلات جنسية غير معلنة وإيذاء بدنى ، مع تباين التأكيد على مقدار الفحص الذى تحظى به هذه الأمور ، وغالباً مايحدث إحتمال ظهور هذه المشكلات على السطح خلال فترة العلاج . ويتعين أن يكون الممارسون متنبهين لتعرف أية بادرة ، تصدر عن أحد الزوجين حول هذه المجالات الحساسة .

الجوانب المعرفية الاجتماعية والإعزاءات (١)

كان يتم من قبل تجاهل الجوانب المعرفية الاجتماعية فى صلتها بالإعزاء أو التعليل ، فى سياق تقييم الصراع الزواجى . وبينما يتباين تعريف الجوانب المعرفية ـ الاجتماعية ، إلا أن هناك اتفاقًا على أنها تشير إلى كيفية اكتساب الأفراد للمعلومات فى السياقات التفاعلية وكيفية استعادتها والتعبير عنها . والتقديرات التى ترى أن كلاً من الشريكين يصنع الآخر يمكن أن تكون ، جزئيًا ، نتيجة للعمليات المرتبطة بالفروض التى توضع حول العلاقات الأخرى ، والأنماط المتكررة فى علاقتها الخاصة ، أو من العلاقات الثنائية المبكرة التى شاهدوها (مثال ذلك العلاقة الزوجية بين والديهم) . والصلة مهمة بين الجوانب المعرفية الاجتماعية وعمليات الإعزاء ، حيث تحدث الإعزاءات مقتفية للاستنباطات ، التى تنتج عن الطريقة التى يفهم بها القائمون بالإدراك عالمهم الاجتماعى ، والتفسيرات (سواء الصحيحة أو غير الصحيحة) التى يقومون بها لجعل واقعهم ذى معنى (Zajonc,1980) ، ولأن عمليات الإعزاء تتضمن ملاحظة الأحداث والاستنباطات التى تتلوها حول أسبابها ، فتتوفر الإمكانية الواضحة لحدوث تشويه معرفى فى هذه العمليات . وبما أن الملاحظات التى تتم فى سياق الحياة الزوجية ستكون تفاعلية ، فسيكون التشويه الاجتماعى المعرفى دون شك مؤثراً فى التفاعلات الحميمة .

قياس الإعزاء والتشويه المعرفى

على الرغم من النتائج التى ترى أن الاستخبارات يمكن أن تميز بين الأزواج الذين يعانون من الكدر وبين غير المتكدرين ، فإن الشكوك مازالت قائمة حول الإرتباطات بين إجراءات قياس السلوك والتقرير الذاتى . يضاف إلى ذلك – وهو ماقد لايكون صحيحاً – أن مقاييس التقدير الذاتى تؤدى إلى معلومات دقيقة عن السلوك التفاعلى الحقيقى ، وعلى الرغم من ذلك يمكن الجدل حول أن التقارير الذاتية لزوجين بينهما تفاهم زواجى ، توفر فقط إدراكاً لنوع التواصل بينهما وليس للسلوك الحقيقى .

وهذا التمييز مهم فى ضوء أن الدلائل البحثية توحى أن الاختلالات المعرفة وتشوهات الاستدعاء والتقييم لسلوك الزوج الآخر تسهم فى الكدر الزواجى (Berley and Jacobson, 1984) . وكانت أنواع المتغيرات المعرفية التى حظيت بالإهتمام هى المعتقدات حول معايير العلاقات ، الإعزاء الزوجى لأسباب الصراع ، المسئولية ، النية والدوافع خلف السلوك . فإذا كان من المؤكد أن هذه النماذج النظرية صحيحة فسيكون من المعقول توقع أن وجود دلائل على معتقدات ومعايير غير واقعية سيؤدى إلى كدر زواجى ، وأن الإعزاء السلبى سيؤدى إلى تفاقم مشاعر اليأس والغضب ، وعدم الثقة فى العلاقات الحميمة .

الدلالات الأكلينيكية للتقييم

أظهرت البحوث التى سيتم تناولها ، والتى تفحص الفروق المختلفة بين الأزواج المتكدرين والأزواج غير المتكدرين ، احتمالاً أكبر لأن يعزو الأزواج المتكدرين السلوك البغيض لشريكهم لوجود نوايا سلبية لديه ، وأن يعزو سلوكهم الإيجابى إلى أسباب غير متسقة وغير مقصودة ، ويُظهر هذا الإعزاء المتحيز إحساس بفقدان الأمل واليأس من تحسن العلاقة ، ويمثل عقبة فى تطوير مناخ استكشاف إمكانات التغير.

والمقابلة الإكلينيكية ، والاستخبارات ، والملاحظات السلوكية ، وتحليل مضمون عينات تواصلية هى الميكانيزمات الأولية التى تستخدم لفحص الإعزاءات ، التى يقوم بها الشركاء حول علاقاتهم ، والأحداث

(1) Attributions.

التى تتم فى إطارها . ويحاول الأخصائى الإكلينيكى خلال مقابلات التقييم الأكلينيكية إستخلاص الإدراكات والمعانى ، التى تعمل كوسائط للاستجابات الإنفعالية والسلوكية ، والإتجاهات نحو العلاقة . والطريقة التى يفسر بها الزوجان الأحداث والإفراط فى التقييم ، والقيام باستنباطات عشوائية هى التشويهات المعرفية والإعزائية التى تساعد الأخصائى الأكلينيكى على تحديد نقاط التدخل . وستتاح للمعالج الزواجي الإمكانية أثناء المقابلة لملاحظة الإستجابات المعرفية والإنفعالية لسلوك كل من الزوجين نحو الآخر ، خلال الجلسات . وعندما توشك الإعزاءات أو التفسيرات على الظهور ستتوفر الفرصة للمعالج للكشف عن كيفية حدوثها وتطورها ، والدلائل التى تظهر على تأثيرها المتصل على التفاعل . كما سيتمكن من إكتشاف إمكانات مواجهتها وتبديلها . ومقارنة كيف يدرك شريكان ويفسران تفاعلاً مشتركاً أو حدثاً ما ، يمكن أن يكون مفيداً فى الحصول على معلومات حول إسهام إعزاءات الشريكين وأفكارهما التلقائية فى التشويه المعرفى وسوء التفسير .

بالإضافة إلى المقابلة الأكلينيكية ، هناك عدد من الاستخبارات ، التى صممت لقياس اختلالات العلاقات الزوجية (انظر : Epstein, 1986) . مثال ذلك بطارية المعتقدات حول العلاقة [1] (Eidelson and Epstein, 1982) ، والتى تقيس اختلال المعتقدات التى قد تكون لدى الأزواج حول طبيعة علاقتهما الحميمه. ويحتوى هذا المقياس على خمسة مقاييس فرعية ، تتضمن معتقدات ، مثل : «إن عدم الاتفاق أمر هدام» ، «إن قراءة الأفكار متوقعة» ، «الشركاء لايمكن أن يتغيروا» ، «الكمال الجنسي» ، «إن الجنسين مختلفان» .

قياس العواطف فى الزواج

العواطف الإيجابية ، أى التعبير عن الانفعال والحب ، من الأمور التى يصعب تعريفها ، غير أن البحوث أظهرت أن النساء يقيمن العواطف باعتبارها الخاصية الأولية فى الزواج الإيجابى . بينما يقدر الرجال أهمية كل من الحب والتفهم (Broderick, 1981) . ويرى جوتمان وزملاؤه Gottman and Colleagues أن الاستثارة العصبية المستقلة ، التى تقاس أثناء تفاعل الزوجين ، توفر مقياساً ثابتاً للعاطفة الثنائية (Gottman, 1979, Levenson and Gottman, 1985) . ويتم بناء على ذلك تدعيم تلك الأساليب السلوكية التى تخفض من الإستثارة ، كما يتعين جعل أساليب السلوك التى تزيد من الاستثارة هى هدف التغيير ، ويمكن وضع خطة التدخل بهدف تعديل هذه التفاعلات ، من خلال الأبعاد الثلاثة ، التى سبق وصفها على وجه الخصوص . وهناك بعد رابع اعتبر مهماً بالمثل هو الاستجابية من حيث إسهامه فى العواطف الزوجية ، وفى العلاقة الثنائية تكون الاستجابية هى المدى الذى يصل إليه سلوك معين لأحد الشريكين ؛ لإحداث سلوك مقابل لدى الشريك الآخر (مثال ذلك بقدر تذمر أحد الشريكين بقدر إبتعاد الآخر). وبالتالى تتضمن مؤشرات العاطفة فى الزواج بعد الإيجابية ، والتبادلية والسيطرة والاستجابية . ويوضع فى الاعتبار عند تقدير العاطفة ثلاثة عوامل : فسيولوجية ومعرفية ودافعية . وقد حاول البحث المهم الذى قام به جوتمان (1979) Gottman تحديد أساليب الكشف عن العواطف فى الزواج . وقد اقترح نموذجاً بنائياً فى إطار التفاعلات الزوجية ، يتضمن الإيجابية والتبادلية والسيطرة باعتبارها ثلاثة أبعاد مؤثرة . وكان الفرض المستنبط ، والذى تمت دراسته تجريبيا قد أظهر فروقاً مميزة بين الأزواج المتكدرين وغير المتكدرين فى هذه المجالات . وكان الأزواج المتكدرون أقل إيجابية ، وأكثر سلبية فى عواطفهم ، ولديهم درجة أكبر من التبادل السلبى (تبادل العواطف السلبية) ، واتساق أكبر فى القدرة التنبؤية

(1) The relationship belief inventory.

بالعواطف . وعلى الرغم من تزايد التعقيد فى البحوث التى تناولت العواطف الزوجية ، فإن تطور النظرية مازال متباطئاً وخلفه الممارسة البحثية .

ويبرز سؤالان عند التفكير فى العلاقة بين العاطفة والرضا الزواجى : السؤال الأول كمى ، ويتعلق بالدرجة التى تكون بها العاطفة أحد مكونات الرضا الزواجى . فإذا كانت الانفعالات تصبغ الزواج فكيف تؤثر العاطفة فى الرضا الزواجى ؟ وقد أجرى ليفنسون وجوتمان Levenson and Gottman (1985) دراسة تتبعية على مدى ثلاثة سنوات حول المدى ، الذى يمكن أن تتنبأ به العوامل الفسيولوجية والعاطفية بالتغير فى الرضا الزواجى . وقد استخدمت المقاييس الفسيولوجية ؛ لأنها أعتبرت مستقلة عن أكثر محكات نتائج الرضا الزواجى الاجتماعية . وكانت المقاييس الفسيولوجية والعاطفية منبئة بالرضا الحالى ، ووجد أنها تتنبأ بالرضا عن العلاقة على مدى ثلاث سنوات تاليه . وقد أشارت النتائج إلى أن مقدار العاطفة الإيجابية والسلبية ، وبعض الأنماط المعينة من العواطف السلبية المتبادلة كانت منبئة بمستويات من التغير فى الرضا بالعلاقة ، واقترنت الزيادة بالرضا الزواجى بدرجة أقل سلبية من التبادلية . كما ظهرت أيضاً فروق بين الجنسين ؛ فالرضا ينخفض أكثر ، عندما لايقوم الشريك الذكر بتبادل العواطف السلبية ، بينما لاتقوم الأنثى بذلك . ولاتقاس العواطف دائماً بطريقة مباشرة فى دراسات الرضا الزواجى. ولكى يمكن القيام بذلك ، ستكون هناك حاجة للنظر بشكل منفصل إلى بنود ، أو مكونات معينة فى إجراءات التقدير المستخدمه لقياس العاطفة ، وذلك لمعرفة مقدار ردود الفعل العاطفية ، أو العوامل المتعلقة بالرضا الزواجى. وبهذه الطريقة سيكون من الممكن معرفة ما إذا كانت الإستجابات العاطفية متضمنة فى السلوك الإيجابى والسلبى المتبادل أم لا. وهناك عدد من الطرق لقياس العاطفة الثنائية ؛ فمقاييس التقديرات الذاتية يمكن إما أن تكون مقاييس ورقة وقلم (للعلاقة الحميمة والثقة ، والمشاعر) أو نظم للملاحظة ، يقوم خلالها الزوجان بالملاحظة ثم تسجيل الوقائع ومترتباتها العاطفية .

ويتكون إستخبار المشاعر الإيجابية [1] (O'leary et al., 1983) . من سبعة عشر بنداً ، وصمم لقياس المشاعر الإيجابية نحو شريك ، ويصحح كل بند على متصل من سبع نقاط . وهناك طريقة أخرى للقياس ، تتطلب أن يشاهد الشركاء شريط ڤيديو سجلت عليه ردود أفعالهم أثناء قيامهم بإظهار تعبيرات بوجوههم لعواطف سلبية أو محايدة أو إيجابية . (Levemson and Guttman, 1985) . وقد استخدمت المقاييس الفسيولوجية بالمثل لتحديد سياقات تفاعلية معينة ، ولمعرفة العلاقة بين السلوك والعاطفة والإثارة . وقد تم بعد ذلك حساب الإرتباطات بينها وبين الدرجات على الرضا الزواجى . ويتضح أنه بقدر زيادة عدد الأبعاد التى يتم فحصها ، بقدر زيادة تعقد الخصائص العاطفية فى الزواج ، وبما يؤدى إلى محدودية الاستخلاصات ، التى يستطيع المرء الخروج بها من طريقة قياس واحدة .

قياس الرضا الزواجى

الرضا الزواجى مفهوم متعدد الأبعاد ، ويشمل عوامل متنوعة ، تسهم فى الرضا العام (أو عدم الرضا) بالعلاقة . ومع أن الشركاء المختلفين يريدون أشياء مختلفة فى علاقتهم ، إلا أنه يمكن القول أن هناك اتفاقًا أساسياً حول ما الذى يشكل الزواج أو العلاقة السعيدة . وعلى الرغم من هذا فإن الزوجين يحتاجان إلى سلسلة من التغيرات فى إطار علاقتهما ، عندما توجد مشكلات . ومن الواضح أن الأفراد المختلفين قادرون على تحمل مستويات مختلفة من الصراع أو عدم الرضا .

---

(1) Postive feelings questionnaire .

وتعكس الاستخبارات المستخدمة فى التقدير أساساً الجوانب ، التى تميز بين العلاقات المتكررة وغير المتكررة . بالإضافة إلى أنها تتضمن مجموعة من الأساليب السلوكية المستهدفة وخبرات العلاقة . ويُتضمن الرضا الجنسى بدرجات متباينة ، على الرغم من وجود إستخبارات خاصة مصممه لقياس العلاقات الجنسية (مثال ذلك : Golombok and Rust, 1986) . وأحدى طرق النظر فى تنوع مقاييس الرضا هو تمييز المقاييس الكميه التى تتضمن أنشطة وسلوكا ملاحظاً (مثل إتخاذ القرار ، الثقة ، المجادلة ، الإطراء ، العاطفة ، التواصل ، الخ) عن المقاييس الكيفيه التى تتضمن الإتجاهات والمعتقدات والتوقعات (لايمكن إصلاح ماخُرب ، الحاجات العاطفية لاتختلف ، الخلافات أمر سيء ، الخ) . وتختلف الإهتمامات فى إطار الاستخبارات : وحيث يصبح من المهم اختيار الاستخبار ، الذى يتضمن أبعاد الرضا الزواجى التى تكون موضوعاً للفحص . وبقدر عمومية الإستخبار بقدر ماتكون بنوده أقل تحدداً ، وبقدر مايكون الوصف العام الذى يقدمه إجمالياً .

التقييم السلوكى والملاحظة

تم خلال الثمانينيات تضمين الملاحظات السلوكية فى نتائج أغلب الدراسات ، كما تم تطوير عدد كبير من النظم التصنيفية لقياس عينات سلوكية وسياقات تفاعلية . وقد وفر ذلك معلومات مهمة للمعالجين حول كيف يتفاعل الأزواج ، وكيف يمكن مساعدتهم على تعديل سلوكهم ، وكيفية فحص فعالية الأساليب العلاجية.

ويعد نظام تصنيف العلاقات الزوجية [1] (Hosp et al., 1972) أكثر المخططات استخداماً ، ويستخدمه ملاحظ لتصنيف السلوك ، خلال محاولة الزوجين حل مهمه سابقة التحديد ، أو أثناء مناقشتهما لموضوع اقترحه المعالج أو الفاحص . ودائماً مايتم تسجيل التفاعل بالڤيديو ، ثم يقوم مقدرون مدربون بتصنيف التفاعل فى فئات لفظية وأخرى غير لفظيه ، وتتضمن الفئات اللفظية : حل المشكلات ، توصيف المشكلات ، السلوك السلبى والإيجابى ، وتتضمن الفئات غير اللفظية السلوك الإيجابى والسلبى مثل النقد، الشكوى ، التجنب . ويسجل للزوجين بالڤيديو قبل وبعد العلاج ، وعادة مايصنف السلوك على فترات ، تمتد كل منها لعشرة دقائق. وطور النظام الفئوى لتصنيف التواصل التفاعلي [2] (Hahlweg et al., 1984) من حزمة العلاج الزواجي ، وهو يوفر فحصاً لمهارات كل من المتحدث والمنصت ، ووحدات التصنيف الأساسية فيه هى الاستجابات اللفظية ، مهما كانت فترة استمرارها أو بنيتها اللغوية ويعين كل رمز للمضمون بتقديرات غير لفظية (إيجابى ، سلبى ، محايد) ، وتتضمن فئات المضمون : الانغلاق على الذات ، الحلول الإيجابية ، تقبل الآخرين ، الموافقة ، توصيف المشكلات، تفسير التواصل ، الراحة ، الإنصات ، النقد ، الحلول السلبية ، التبرير ، وعدم الموافقة . وتتضمن الفئات غير اللفظية ، التعبيرات الوجهية ، الصوت ، نغمة الصوت ، التعبيرات البدنية .

وبينما تتسم هذه الأساليب بالثبات ، إلا أنها غير سهلة التطبيق ، خلال الموقف الإكلينيكى ، وهى تتطلب موافقة الزوجين على التفاعل فى موقف المختبر ، كما يفترض أن التفاعل سيوفر عينة صادقة وثابتة لسلوكهما اليومى . وبالطبع فإن المدى ، الذى يمكن أن يعمم به سلوك المختبر على المواقف الطبيعية من الأمور التى تعد موضوعاً للتساؤل ، وستتضمن عملية تصنيف السلوك بالضرورة الحاجة إلى كل المعدات

---

(1) The Marital Interaction Coding System.
(2) The Category System For Coding Interpersonal Communication.

اللازمة ، وتدريب المقدرين ، وهى أمور مكلفة . ومن غير المثير للدهشة أن تكون نتيجة ذلك عدم استخدام هذه الأساليب بإنتظام ، وحديثاً جداً أصبح هناك اعتماد أكبر على أشكال أخرى للتقييم .

الاستخبارات التى تقيس الرضا الزواجى

تستخدم الاستخبارات على نطاق واسع لتحديد الرضا الزواجى ، وهى تتضمن كل أشكال القصور الموجودة فى أساليب التقدير الذاتى ، إلا أنها أسهل فى التطبيق والتصحيح بصفة عامة ، كما أنها قليلة التكلفة ، ودائماً ماتُطور أو يتم تصميمها فى المواقف الأكلينيكية ، باستخدام منهجيه تتسم بالصدق والثبات . ومجال السلوك المستهدف واسع ، وسيناقش قدر قليل منه فيما يلى ، وجميعه منشور واستخباراته متوفرة فى الأسواق ، من خلال الناشرين التجاريين (مثال ذلك Golombok-Rust Invem-tory of Morital Satiafaction; Golombok and Rust, 1986) وعلى الرغم من ذلك ، ومثل أغلب الاستخبارات التى تقيس عمليات التفاعل ، فإن المجالات التى يتم قياسها محدودة للغاية ، وغالباً مايوجد خلط بين بنود كل من النظرية والفروض ، التى ترى أن الزواج الخالى من الكدر متجانس ، ويتفق مع المعايير المقبولة . وعندما يصمم الاستخبار فى إطار منحى نظرى معين (مثال ذلك النظرية السلوكية فى الزواج) ، فإن البنود تقتصر على قياس النتائج أو التغير فى إطار هذا المنحى ، وبالمثل فإن البحوث المعملية التى تهدف للتمييز بين الأزواج المتكدرين وغير المتكدرين تتميز هى الأخرى فى إطار هذا المنحى وحده .

وتعد بطارية الإرشاد المبكر للزواج [١] (Stuart and Stuart, 1973) بطارية تقديرات ذاتية شاملة تتضمن تسعة أبعاد : قياس أهداف التغير السلوكى ، مصادر التغير ، درجة التفاهم الزواجى ، قوة التوزيع ، تطابق الأولويات ، فعالية التواصل ، الرضا الجنسى ، تطابق الآراء فى معاملة الأطفال ، والرضا الزواجى العام . ولم يحدث تعديل حديث لهذه البطارية ، وبالتالى تقادمت إلى حد ما باعتبار العلاقات الحالية . وتتكون قائمة الأنشطة الزواجية اليومية [٢] (Broderick, 1980) من ١٠٩ بنود ، وهى قائمة ملاحظة لأى من الزوجين ، وتحصل نصف البنود على تقدير إيجابى ، ويحصل النصف الآخر على تقدير سلبى ، بالإضافة إلى تقدير للرض اليومى ، ويجيب عنها الشريكان يومياً ، كل على حدة . وقد اشتقت بنود البطارية من قائمة ملاحظة أحد الشريكين [٣] (Weiss and Margolin, 1977) المكونة من ٤٠٠ بند ، والتى تتضمن الفئات الآتية : الرفقة أو الصحبه ، العاطفة ، التقدير ، الجنس ، عمليات التواصل ، رعاية الأطفال ، إدارة المنزل ، اتخاذ القرارات المالية ، العمل ، التعليم ، العادات ، المظهر الشخصى ، واستقلالية الشريك . وكقائمة ملاحظة ، فإن هذا المقياس يميل إلى التركيز بقدر أكبر على جوانب السلوك العيانى الملاحظ للعلاقة بين الشريكين . وتتكون بطارية جولومبوك ورست للحالة الزواجية [٤] (Rust et al., 1990) من ٢٨ بنداً . وتم تحديد محورين عند تصميم البطارية ، يتضمن الأول الإهتمامات المشتركة ، التواصل ، الجنس ، الدفء / الحب / العداء ، الثقة ، الأدوار ، اتخاذ القرار والتعاملات . ويحدد المحور الثانى مجالات ، يمكن قياسها من خلال التعبيرات على المحور الأول مثل المعتقدات/ الاستبصار/التفاهم، السلوك ، الاتجاهات ، المشاعر، الدوافع للتغيير ، والاتفاق . وتتكون بطارية التقدير الشخصى للعلاقات الحميمة [٥] (Schaefer and Olson, 1981) من ٣٦ بنداً ، وتتضمن

(1) The Marital Pre-Counselling Inventory.
(2)The Daily Checklist of Marital Activities.
(3) Spouse Observation Checklist.
(4) The Golombok-Rust Inventory of Marital State.
(5) The Personal Assessment of Intemacy in Relationships Inventory.

سبعة مقاييس فرعية : للانفعالية ، والاجتماعية ، والجنسية ، والعقلانية والترفيهية ، والمودة ، والتقليدية . ويساعد التصميم الخاص بهذا الاستخبار كلاً من الباحثين والأكلينيكيين فى الحصول على درجات فارقة بين مستويات المودة المدركة والمتوقعة ، ويطلب فيها من الأزواج أن يضعوا تقديراً لكل بند ، على مقياس خماسى بطريقة ليكرت . ومن بين الاستخبارات الأخرى المستخدمة ، مقياس التوافق الزواجى [١] (Kimmel and Van derVeen, 1974; Locke and wallace, 1959) ، ونموذج الصراع الزواجى [٢] (Weiss and Margolin,1977) وبطارية الوضع الزواجى [٣] (Weiss and Cerreto, 1980) ، ومقياس التوافق الثنائى [٤] (Spanier, 1976)، و بطارية التواصل الأولى [٥] (Navran, 1967) ، و بطارية الزواج[٦] (Knox, 1971) واستخبار مجالات التغيير [٧] (Weiss et al., 1973) .

المقاييس ذات الطبيعة الفردية [٨]

بالإضافة إلى الاستخبارات ومقاييس الملاحظة السلوكية ، فإن استخدام تحديد الزوجين بنفسهما للمشكلات المستهدفة (مثال ذلك (Woodward et al., 1978) له مزايا واضحة . ومع استبعاد الصدق الظاهرى [٩] لهذا النوع من المقاييس ، فإنه يقيس المتغير فى مشكلات محددة وفقاً لتأكيد الزوجين بأنفسهما أنها مشكلات تخصهما وتتعلق بهما . وقد اقتبس بينن وزملاؤه Bennun et al. (1987) الاستخبار الشخصى [١٠] لشابيرو (PQ; Shapiro, 1961) ، لاستخدامه فى قياس نتائج العلاج . وعند التصميم الأصلى للاستخبار ، وضع فى الاعتبار أنه يعتبر من المزايا المهمة أن يُقيِّم الآباء والأزواج على مجموعة المشكلات الخاصة بهم ، بدلاً من أن يقدروا على مجموعة من المشكلات سابقة الإعداد ، كما يحدث عند استخدام الاستخبارات والبطاريات المقننة . وعلى الرغم من أن لهذه الاستخبارات مزايا واضحة فى مجال علاج الزوجين إلا أن تعلقها بالجوانب الأكلينيكية كان دائماً موضوعاً للتساؤل . ويوضح هذه النقطة وجود تحيز جنسى (حيث يختلف تقييم الاستجابات المتطابقة بالنسبة للرجال عن النساء) فى مقياس التوافق الزواجى ، بالإضافة إلى طول فترة ملاحظة الشريك ومابها من ضجر فى قائمة ملاحظة الشريك ، والتحيز النظرى فى استخبار مجالات التغير .

وقد جذب التناقض بين المقاييس ذات الطبيعة الفردية (مثال ذلك الإستخبار الشخصي) وتلك الإجراءات ذات الصلة الأكبر بالتقاليد السيكومترية اهتمام الباحثين ؛ فالصعوبة الرئيسية فى المنحى السيكومترى هى الحاجة لقياس كل الحالات بالبنود نفسها للإختبار المختار ، بغض النظر عن مدى تعلق البنود المعينة ، ويؤدى ذلك فى مجال العلاج الزواجى إلى تقييم الأزواج على متغيرات متعلقة وأخرى غير متعلقة .

---

(1) Marital Adjustment Scale.
(2) The Marital Conflict Form.
(3) The Marital Status Inventory.
(4) The Dyadic Adjustment Scale.
(5) The Primary Communication Inventory.
(6) The Marriage Inventory.
(7) The Areas of Change Questinnaive.
(8) Individualized Measures.
(9) Face Validity.
(10) Shapiro Personel Questionnaive.

وهناك صعوبات متأصلة فى تحديد وقياس الرضا الزواجى ، وفى افتراض أنه أُحادى البنية ، وإحدى طرق مواجهة هذا القصور وغيره هى تطبيق إجراءات قياس تكون مسئولة عن الخصائص النوعية للحالة الفردية ، واستخدام المقاييس ذات الطبيعة الفردية يعطى أولوية لتقارير الزوجين عن مشكلاتهما . كما أن تقييم الشريك الواحد منهما مستقلا عن الآخر ، يمكن أن يكون عند الضرورة لقياس درجة شدة المشكلات القائمة . ويحتاج الزوجان للموافقة على قائمة الأهداف موضوع الشكوى ، إلا أن الأخصائى الإكلينيكى بوصفه القائم بالتقييم ، يستطيع أن يكون مرنًا فى كيفية استخدام المشكلات التى تم تحديدها . وبينما تكون التغيرات دائماً ذات طبيعة نوعية بالنسبة للأفراد .. فإن المشكلات – ووفقاً لوصف أحد الزوجين أو كليهما – ستمكن الأخصائى الإكلينيكى من تقرير الأهداف الواقعية ، التى يمكن تحقيقها، وكذلك النتائج والتقدم على المدى الطويل .

References

Bennun, I. (1987) 'Marital dysfunction: Investigation', in S. Lindsay and G. Powells (eds) *A Handbook of Clinical Adult Psychology*, Aldershot: Gower.

Bennun, I. (1988) 'Systems theory and family therapy', in E. Street and W. Dryden (eds) *Family Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Bennun, I., Chalkley, A. and Donnely, M. (1987) 'Research applications of Shapiro's personal questionnaire in marital therapy', *Journal of Family Therapy* 9: 131–44.

Berley, R. and Jacobson, N. (1984) 'Causal attribution in intimate relationships: toward a model of cognitive behavioural marital therapy', in P. Kendall (ed.) *Advances in Cognitive Behavioural Research and Therapy. Vol. 3*, New York: Academic Press.

Broderick, J. (1980) 'Attitudinal and behavioural components of marital satisfaction', unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Stony Brook.

Broderick, J. (1981) 'A method for derivation of areas for assessment in marital relationships', *American Journal of Family Therapy* 9: 25–34.

Carter, B. and McGoldrick, M. (1989) *The Changing Family Life Cycle: Framework for Family Therapy*, London: Allyn and Bacon.

Eidelson, R. and Epstein, N. (1982) 'Cognition and relationship maladjustment: development of a questionnaire of dysfunctional relationship beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 715–20.

Epstein, N. (1986) 'Cognitive marital therapy: multi-level assessment and intervention', *Journal of Rational Emotive Therapy* 4: 68–81.

Falicov, C. (1988) *Family Transitions: Continuity and Change Over the Lifecycle*, New York: Guilford Press.

Golombok, S. and Rust, J. (1986) *GRISS: Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, Windsor: NFER-Nelson.

Gottman, J. (1979) *Marital Interaction: Experimental Investigations*, New York: Academic Press.

Hahlweg, K., Reisner, L., Kohli, J., Volmmer, M., Schindler, L. and Revenstort, D. (1984) 'K.P.I. Category System for Partnership Interaction', in K. Hahlweg and N. Jacobson (eds) *Marital Interaction: Analysis and Modification*, New York: Guilford Press.

Hops, H., Wills, T., Paterson, G. and Weiss, R. (1972) 'Marital Interaction Coding System', unpublished manuscript, University of Oregon and Oregon Research Institute.

Jacobson, N. and Holtzworth-Munroe, A. (1986) 'Martial therapy: a social-learning cognitive perspective', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Jacobson, N. and Margolin, G. (1979) *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behaviour Exchange Principles*, New York: Brunner/Mazel.

Kimmel, D. and van der Veen, F. (1974) 'Factors of marital adjustment in Locke's marital adjustment test', *Journal of Marriage and the Family* 36: 57–63.

Knox, D. (1971) *Marriage Happiness*, Champaign, Ill.: Research Press.

Levenson, R. and Gottman, J. (1985) 'Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction', *Journal of Personality and Social Psychology* 49: 85–94.

Locke, H. and Wallace, K. (1959) 'Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity', *Marriage and Family Living* 21: 251–5.

Navran, L. (1967) 'Communication and adjustment in marriage', *Family Process* 6: 173–84.

O'Leary, K. and Arias, I. (1987) 'Marital assessment in clinical practice', in K. A. O'Leary (ed.) *Assessment of Marital Discord*, NJ: Lawrence Erlbaum.

O'Leary, K., Fincham, F. and Turkewitz, H. (1983) 'Assessment of positive feelings towards spouse', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 949–51.

Pallazzoli, M., Bascolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1980) 'Hypothesising circularity and neutrality', *Family Process* 19: 3–12.

Rust, J., Bennun, I., Crowe, M. and Golombok, S. (1990) 'The GRIMS: psychometric instrument for the assessment of marital discord', *Journal of Family Therapy* 12: 45–57.

Schaefer, M. and Olson, D. (1981) 'Assessing intimacy. the P.A.I.R. inventory', *Journal of Marital and Family Therapy* 1: 47–60.

Shapiro, M. (1961) 'A method of measuring psychological change specific to the individual psychiatric patient', *British Journal of Medical Psychology* 34: 151–55.

Spanier, G. (1976) 'Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads', *Journal of Marriage and the Family* 38: 15–28.

Stuart, R. and Stuart, F. (1973) *Marital Pre-Counselling Inventory*, Champaign, Ill.: Research Press.

Vincent, J. and Carter, A. (1987) 'Family assessment: practical and methodological considerations', in K. A. O'Leary (ed.) *Assessment of Marital Discord*, NJ: Lawrence Erlbaum.

Weiss, R. and Cerreto, M. (1980) 'The marital status inventory: development of a measure of dissolution potential', *The American Journal of Family Therapy* 8: 80–5.

Weiss, R. and Margolin, G. (1977) 'Assessment of marital conflict and accord', in A. Ciminero, K. Calhoun and H. Adams (eds) *Handbook of Behavioural Assessment*, Chichester: Wiley.

Weiss, R., Hops, H. and Paterson, G. (1973) 'A framework for conceptualising marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it', in L. Hammerlynch, L. Handy and E. Mash (eds) *Behaviour Change: Methodology Concepts and Practice*, Champaign, Ill.: Research Press.

Woodward, C., Santa-Barbara, J., Leven, S. and Epstein, N. (1978) 'The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome', *American Journal of Orthopsychiatry* 48: 464–76.

Zajonc, R. (1980) 'Cognition and social cognition: A historical perspective', in L. Festinger (ed.) *Retrospections on Social Psychology*, Oxford: Oxford University Press.

الفصل الرابع عشر

علاج الصراعات الزواجية

Marital conflict Treatment

Ian Bennun إيان بنون

الفصل الرابع عشر

علاج الصراعات الزواجية

Ian Bannun إيان بنون

كان النقد المستفز للعلاج الزواجي منذ نحو عقدين سابقين يرى أن المعالجين يعالجون المشكلات الزوجية ، دون الوضوح النظرى المطلوب (Manus, 1966) ، هذا فى الوقت الذى لم يكن المنظور التحليلى النفسى للزواج والصراع الزواجي يلاقى معارضة من بقية الأخصائيين الإكلينيكيين (Dicks, 1967; Mittlemann, 1944) . ولأن التفكير التحليلى النفسى كان بالفعل فى مرحلة متقدمة فى كل من الممارسة والعلاج يصبح من الأمور التى لا تثير الدهشة أن تتطور إستراتيجيات التدخل المبكر من التحليل النفسى ونظرية العلاقة بالموضوع [1] . كانت هناك عقبة أخرى فى طريق تطوير نظرية فى العلاقات الزوجية هى أن فكرة العلاج الزواجي ، كانت تعد عنصراً (أو نظاماً فرعياً) فى إطار العلاج الأسرى . وكان هناك جدل حول أن العلاقة الزوجية ، فى إطار النظام الأسرى ليست وحدة مفهومية [2] ، وأن التركيز على الثنائيات فقط يتضمن تجاهل البنية التى تكمن فيها هذه الثنائيات ، نتيجة لهذا اعتبرت التأكيدات النظرية والفنية على الثنائيات الزوجية معوقة لبناء نظرية مفيدة (Haley, 1984) .

وبناء على هذه الإعتبارات استمرت هذه المناظرة حتى الآن . ومع ذلك يبدو الآن أن هناك قبولاً لاعتبار ظهور العلاقات الثنائية بين الراشدين ، بمثابة المرحلة الأساسية لدورة الارتقاء لتكوين الأسر . وتطور علاقة حميمة ـ وحيث تتساوى عندها كل الأمور ـ يؤدى إلى نشأة نظام ، يقوم على جيلين ويعد عنصراً ضرورياً لفهم نظرية الأسرة . وقد استنبطت على مدى العقدين الأخيرين نماذج بديلة للعلاج الزواجي ، كانت النظرية والبحوث فى البعض منها معقدة بنفس درجة تعقد الكتابات التحليلية النفسية . كما كانت أيضاً فعالة إكلينيكياً بناء على اختبارها تجريبياً . وقد حدد التقدم المعاصر فى أساليب التدخل الزواجي هذا التمايز الفارق بين نماذج العلاج ، كما أدى ـ عند الضرورة ـ للأخذ بعين الاعتبار ما إذا كان الأزواج والأسر يمكن أن يستفيدوا بصورة فعالة من علاج اضطرابات معينة (انظر Bennun, 1988 a) . يضاف إلى ذلك وجود دلائل ، توحى أن العلاج الزواجي يمكن أن يكون فعالاً حتى إذا قاوم أحد الشريكين المشاركة فى العلاج .

هناك الكثير من الهيئات التى تقدم علاجاً للأزواج المتكدرين ، بالإضافة إلى إدارات الخدمات الصحية [3] ، وهناك جهات أخرى من بينها RELATE (والتى كانت سابقاً المجلس القومى للإرشاد

---

(1) Object relation Theory.
(2) Conceptual Unit.
(3) Health Service Provision.

الزواجى [1] ، والمجلس الكاثوليكى للنصح الزواجى [2] ، والمجلس اليهودى للإرشاد الزواجى [3]. وتقدم خدمات الإدارات الصحية من خلال عدد من الإدارات (للعلاج النفسى ، والعلاج الأسرى ، والصحة العقلية) ويوجد فى بعضها إخصائيون نفسيون أكلينيكيون .

وعلى الرغم من ذلك ، ولأن أغلب الإحالات مصدرها الممارسون العموميون ، فإن معدل هذه الإحالات يمكن أن يتغير نتيجة للإصلاحات فى النظام الصحى القومى والتطورات المتعلقة بالدعم المالى للمارسين العموميين . ومعدلات انتشار المشكلات الزوجية مرتفع ، وقد يكون توسيع مظلة الخدمات أكثر صعوبة على الرغم من الاعتراف على المستوى الحكومى بأهمية تقديم هذه الخدمات للأزواج والأسر. وأحد المخاطر الواضحة ستكون الاعتماد الأكبر فى ذلك على الممارسين الخصوصيين والمؤسسات الخيرية التى ستتقاضى أجوراً .

التطورات الحديثة فى العلاج السلوكى الزوجى

العلاج السلوكى الزواجى عموماً عبارة عن التطبيق الأكلينيكى للتعلم الاجتماعى ومبادئ تعديل السلوك فى علاج الخلافات الزوجية . ويتضمن هذا المنحى ثلاثة مكونات أساسية تم التثبت من صدق كل منها تجريبياً سواء مستقلاً عن الآخر أو فى تآلفهم معاً . وترى الصياغة السلوكية للزواج والكدر الزواجى أن عدم الانسجام الزواجى عبارة عن تقديرات منخفضة للسلوكيات المتبادلة ، ومهارات حل المشكلات ، وتقديرات مرتفعة للصراع والسلبية المتبادلة . كما يتسم أيضاً بمهارات تواصل ضعيفة وتقديرات منخفضة للأنشطة الترفيهية المشتركة .

وتضمنت أساليب التدخل السلوكى المبكرة التدريب على التواصل ؛ بهدف علاج آفات التفاعل اللفظى وغير اللفظى ، وتعليم مهارات حل المشكلات بوصفها أسلوباً نظاميًا من أساليب التفاوض فى قضايا الصراع والتعاقدات التوافقية ؛ لتحقيق توازن فى أساليب السلوك البناءة فى العلاقات المتبادلة ويجسد هذا المنحى منهج التحليل الوظيفى ، الذى يركز على طبوغرافية الصراع بمفاهيم العوامل السببية ، والصراع السلوكى وميكانيزمات الاستمرارية (مثال ذلك المقدمات والمترتبات) ، وأكثر التطورات النظرية شمولاً فى إطار العلاج السلوكى الزواجى هى الاعتراف بالعمليات المعرفية والإدراكية وتضمينها فى العلاج بوصفها محددات للتفاعل الزواجى . وينظر إلى هذه العمليات المعرفية والإدراكية ، باعتبارها وسائط (متغيرات وسيطة) فى الرضا ـ الكدر الزواجى . ويضع هذا النموذج الوسيط فى اعتباره دور العاطفة والمعرفة فى تطور اختلال العمليات الزواجية (Levenson and Gottman, 1985) ، ومسلماً بصحة البحوث الحالية حول دور الإعزاءات السببية فى ظهور واستمرار الكدر الزواجى وتفاقمه .

ويتضمن النموذج المعرفى للكدر الزواجى إدراكات حول أى الأمور تحدث ، وإعزاءات لسبب حدوثها ، وتوقعات حول ما سيحدث ، وافتراضات حول طبيعة الأحداث ، ومعتقدات ، ومعايير حول ما يتعين أن تكون عليه الأمور . وكل هذه عبارة عن ظواهر معرفية ، تختص بالطريقة التى يتم بها معالجة المعلومات ، وتكون نشطة فى التقدير المعرفى وعلاج الكدر الزواجى ، فى سياق العلاقات الثنائية (Baucam and Epstein, 1989) .

---

(1) National Marriage Guidance Council .
(2) The Catholic Marriage Advisory Council .
(3) The Jewish Marriage Council .

ويؤدى دمج التدخلات المعرفية فى العلاج السلوكى إلى تمكين الأخصائى الأكلينيكى من تعديل الظواهر المعرفية ، التى تشوه خبرة الزوجين حول تفاعلهما ، وهى التى تؤدى إلى تفاقم كدرهم من زواجهما ، وتؤدى بهما إلى التفاعل بطرق تضر بحالتهم بصفة عامة . ولكى يتم تحقيق هذا الدمج ، يتعين تناول كل عنصر من العناصر التى سبق الإشارة إليها ، الواحد تلو الآخر فى إطار السياق العام لعلاقات الزوجين .

ويشكل الشريكان إدراكات خاصة حول الأحداث ، التى يمكن أن تعكس الواقع، أو لا تعكسه . ويتعين الكشف عن الطريقة ، التى تتطور بها هذه الإدراكات بهدف تقييم ما إذا كانت كل المعلومات الأساسية ذات الصلة بهذه الإدراكات متاحة وصادقة ومكتملة أم لا . فإذا عانى أحد الشريكان من خبرة التعرض للنقد معتبراً إياها رفضاً ، فسيكون من الضرورى فحص ما إذا كان هذا النقد يميل إلى أن يكون رفضاً أم أنه أُختبر على أنه كذلك . وغالباً ما يكون الشريكان إنتخابيين فى إدراكاتهما ، ويميلان لتجاهل العوامل أو الدلائل المتعارضة مع فروضهما عن الأحداث التى يلاحظونها .

ويمكن التوصل إلى الإعزاءات التى يقوم بها الزوجان ، من خلال السعى للتعرف على تفسيراتهما وفهمهما للأحداث والعوامل المسئولة عن صعوباتهما . وقد تكون الإعزاءات السببية عامة أو محددة ، مستقرة أو غير مستقرة ، نابعة من الشخص أو من شريكه ، وقد تتضمن اللوم أو النية الحسنة . ويمكن أن يكون عزو السلوك إلى الشريك الآخر إجماليًا ومستقراً ، كما يمكن أن يتضمن إفراطاً فى التعميم من خلال منظور التجاهل الانتخابى أو إهمال السلوكيات والإيحاءات ، التى لا تؤيد هذا الإعزاء . وسيكون من الضرورى ، فى إطار الحوار الثنائى مع المعالج الكشف عن الإعزاءات وتعديل الميكانيزمات النشطة ، التى تؤدى إلى استمرار التفسيرات المختارة . مثال ذلك الاستدلالات العشوائية ، الإفراط فى التعميم ، الأفكار التلقائية حول الشريك وحول العلاقة .

ويبدو أنه من المهم فى سياق العلاج التمييز بين المعتقدات العامة ، التى يعتقدها الأفراد حول ما سيحدث فى زواجهم ، وبين التوقعات المحددة لديهم حول علاقتهم . وتتضمن التوقعات احتمالات لوقوع أحداث معينة ، عادة ما تكون ذات طبيعة توافقية ؛ من حيث أنها تؤدى إلى حدوث أو توقع نتائج مرغوبة ، اعتماداً على الخبرة السابقة .

ويتساوى فى الأهمية ، من المنظور الأكلينيكى ، الكشف عن مضمون التوقعات وكذلك تكويناتها . وهناك احتمال أن تكون التوقعات السلبية هى موضوع التشوهات المعرفية . ويتنبأ الشريك بتتابع سلوكى معين (النكد ـ العداء) اعتماداً على فروض غير صحيحة عن القواعد ، التى حكمت تفاعلات سابقة . مثال ذلك قد تكون لدى أحد الشريكين التوقعات الآتية والتى ستحدد سلوكها : « أنه دائماً ما يفعل ذلك ، وإذا أثرت معه القضية سيصبح عدوانيًا » وتحدد الفروض كيف يطور الأفراد أفكاراً حول كيفية ارتباط خصائص معينة لدى الناس بعلاقاتهم . وقد تتضمن هذه الفروض أفكاراً تلقائية وتفككاً فى الروابط التى يقيمها الأزواج حول البيانات المتاحة لهم . وعند الكشف عن العلاقات الجنسية فى إطار العلاج الزواجى ، نجد دائماً أن الأزواج يعتبرون أن مشكلاتهم فريدة ، ولا يوجد لها مثيل لدى غيرهم ، وأنهم وحدهم الذين يعانون من هذه الصعوبة ، وسيكون من الضرورى تصويب هذا التشويه وفحص الأسس التى قامت عليها فروضهم .

وأخيراً فإن المعتقدات والمعايير حول العلاقات تتطلب الفحص حيث أن الأزواج دائماً ما يقدمون معلومات تعتمد على خبرات الآخرين (الأصدقاء ، الأقارب) أو على العادات (المعتقدات الدينية) . ودائماً ما

يتوجه الأزواج للحصول على العلاج معترفين (أو يشكون) بالتباين والتفاوت بين علاقاتهم وبين فلسفتهم الأساسية حول طبيعة الرضا الزواجى المُرْضى . ويتضح من خلال المناقشة أن احتمال أن يرى الأزواج معاييرهم الخاصة غير واقعية ، أقل من احتمال اعتبار شركائهم متطرفين ومثيرين للمشاكل .

وقد عززت هذه المكونات المعرفية العلاج السلوكى الزواجى ، وساعدته على الاهتمام بمجالات كانت مهملة من قبل . وقد حل منظور التعلم الاجتماعى – المعرفى بدلاً من منظور العلاج السلوكى للزواج (Jacobson and Holtzworth Munroe, 1986; Holtzworth - Munroe and Jacobson, 1991) والذى مثّل تطوراً أكلينيكاًفى مجال علاج الكدرالزواجى .

مناحى نظرية النُظم (1)

تعتمد أغلب مناحى العلاج الأسرى والزواجى على نظرية النظم فى كل من صياغة الفروض ، حول الكدر ، وتخطيط التدخلات (Bennun, 1988b) . ويتفق المعالجون النظاميون على وضع خريطة تحدد المؤسسة (2) ، والأدوار ، والقواعد ، الخاصة بالأسرة والزوجين اللذان يعالجان .

ومن الممكن وضع قائمة بالخصائص النظامية لعلاقات الزوجين والأسرة فيما يلى :

١ ـ الأسرُ والأزواج مثلها فى ذلك مثل بقية الجماعات الاجتماعية ، عبارة عن نظم لها سمات أكثر من مجرد مجموع خصائصها أو أجزائها .

٢ ـ يتضمن النظام الأسرى نُظم فرعية تشكل معاً العلاقات الأسرية ، والزوجين أحد هذه النظم الفرعية .

٣ ـ لكل نظام ، ونظام فرعى مجموعة من الحدود تميزه عن بقية النظم والنظم الفرعية . وتحدد هذه الحدود تدفق الاتصالات ، وردود الفعل فى نطاق المؤسسة ، وتفرد كل عضو فيها .

٤ ـ التواصل فى نطاق النظام وبين الأجزاء المشكلة له مهم فى الإسهام فى الأداء الشامل للنظام .

٥ ـ تشترك الأسرة والزوجين فى نظام فوقى ، يمثل البيئة الخارجية التى يعملان خلالها .

٦ ـ النماذج السببية الدائرية وليس الخطية هى التى تنطبق لفهم نشوء واستمرارية الأسرة ومشكلات الزوجين .

٧ ـ أى ميل للنظام للابتعاد عن الحالة المستقرة للأداء (التوازن) ، يتم تصحيحها من خلال ردود الفعل السلبية ، والتغيرات فى أداء النظام (عكس الاستقرار) ، تتحقق من خلال ردود الفعل الإيجابية .

وتتضمن المناحى العلاجية المشتقة من منظور النظم هذه المبادئ النظامية ، ولكنها تؤكد أهمية بعض الجوانب أكثر من البعض الآخر . مثال ذلك أن بعض المناحى تركز أكثر على بنية النظام وتقوم بالتدخل من خلال محاولة تعرف الحدود والتسلسلات المتدرجة (الهيراركية) أو العلاقات بين القوى . وقد يحاول البعض الآخر ، وبشكل مقصود ، مواجهة حالة التوازن من خلال تقديم طقوس أو إستراتيجيات لتغيير أنماط التفاعل النشطة . ويتجاوز فحص كل هذه المناحى نطاق هذا الفصل ، ولهذا سنقدم اثنين منها فقط لمجرد الإيضاح .

(1) Systems Theory approaches
(2) Organization

أساليب العلاج البنيوية والإستراتيجية (١) .

ينظر كل من العلاج البنيوى والإستراتيجى للزواج على أنه نظام مستقر نسبياً من التفاعلات . ويعتبر العلاقات الزواجية بمثابة نظم ، تتضمن أن سلوك الثنائى الزوجى محكوم بحالة كل شريك منهما على حدة ، وردود الأفعال بينهما ، وتأثير البيئة الخارجية (الأطفال على سبيل المثال) ، والثنائى أساساً ذو توجه هادف، ويحاول إشباع احتياجات كل شريك فيه ، وتعتمد هذه الاحتياجات على دورة الحياة الناشئة (Carter and Mcgoldrick, 1989) والدورة الارتقائية لكل شريك منهما . (Bennun, 1991) .

وتضع أساليب العلاج البنيوية والأستراتيجية أهمية كبيرة على سياق العلاقة الزوجية القائمة ، أكثر مما تهتم بالاعتبارات التاريخية (قارن نماذج التحليل النفسي) . وتعد الأعراض فى السياق الارتقائى بمثابة صراعات أو أساليب أداء لدورة الحياة الناشئة (انظر الفصل ١٣) ، ويؤدى النظر إليها بهذه الطريقة إلى بقاء الكدر الزواجى فى النظام الزواجى ، ولكى يمكن الشفاء منه فإن الأمر يتطلب إعادة التنظيم . وتدرس المناحى البنيوية بصفة خاصة التعاملات بين الشركاء مع الاهتمام بما يقوم به الزوجان كل منهما للآخر ، وما يقوم به كل منهما من أجل الأخر بالإضافة إلى احتياجاتهما الإنفعالية . وعادة ما يكون العلاج نشطاً وتوجيهيًا مع الفصل والتمييز بين التقييم / التشخيص والتدخل والذى يكون غير واضح بصورة عمدية ، والمنحى عملى (برجماتى) بطبيعته ، وهو يعتبر الاستراتيجيات أو الأنماط المؤسسية والتغيرات بمثابة وسائط للتدخل .

وهناك أفكار معينة حول القوة ، والحدود ، والقواعد ، وأنماط التفاعل اشتقت من نظرية النظم . وتعيق الحدود المتسمة بالصلابة سواء بين الشركاء أو بين الأزواج والبيئة الخارجية تدفق المعلومات وردود الفعل ، كما يمكن أن تمنع الاتصال بالتأثيرات الخارجية ، ويمكن للحدود أن تحدد أيضاً القواعد التى تحكم من يشارك فى أداء النظام ، وتحدد كيف يمكن أن يتكامل تأثيرها فى إطار النظام ككل . ويتصل بذلك إتصالاً وثيقاً مفاهيم التناغم وعدم الإرتباط التى تشير إلى أنماط تفاعلية ، ويوحى التناغم بقدر ضئيل من الانفصال أو الاستقلال ، وحيث يتحدث كلاً من الزوجين ويفكر ويستجيب للآخر . وعلى النهاية الأخرى من المتصل يتسم الزوجان المنفصلان بالحد الأدنى من الالتحام والتفاعل القليل والدعم الضعيف من إحداهما للآخر فى أوقات الأزمات . والتحالف والإئتلاف فى الإطار الثنائى مهم لفهم أدائه . ومن المنظور الإكلينيكى ينخرط كل شريك فى تحالفات وتآلفات خارجية أخرى (زملاء العمل ، العائلة الممتدة) ، أو قد ينجذب بشكل غير صريح للمعالج ليشارك فى نظام زواجى ثلاثى (المعالج ـ تآلف الشريكين) .

ويهدف العلاج البنيوى لإعادة تشكيل النظام ؛ بحيث يسمح له بالتعامل بكفاءة مع هذه المهام الحياتية الأكثر بروزاً فى الوقت المعين . وتتضمن الوسائل المستخدمة لتحقيق هذا الهدف فحص قوة العلاقات بين الثنائى وتمكين الشركين باستقلال كل منهما عن الأخر ، وتمكينهما معاً من التفاعل بعضهما مع البعض من خلال أنماط محسنة من التواصل ، بالإضافة إلى فحص القواعد التى أدت إلى تحديد سلوكهما واستجاباتهما . ويؤكد النموذج العلاجى الذى تطور من هذا المنحى على تحرك المعالج المخطط بحرص لتحقيق هذه الأهداف المعينة .

---

(1) Structural and Strategic Therapies .

العلاج الزواجى لطرف واحد [1]

تعد المقابلة المشتركة (زوجان معاً) خاصية مميزة فى العلاج الزواجى المعاصر ، ويشترك الزوجان معاً فى المقابلة بحضور معالج أو اثنين . وعلى الرغم من الجدل الدائر حول علاج طرف واحد من أطراف مشكلات العلاقات ، إلا أن علاج أحد الشريكين فقط أعْتبر دائماً شكلاً واحداً من أشكال العلاج الزواجى. والواقع أن الزوجين يطلبان أحياناً هذا الشكل (Fibush, 1957) . ويرى نادلسون Nadelson, (1975) أن الشريكين اللذان يعتبران الجلسات المشتركة ذات طابع تنافسى ، أو أن الوقت ما زال مبكراً بالنسبة لهما لتحمل ضغوط الجلسات المشتركة ، يمكن مقابلتهما منفردين . وأحياناً ما تكون المشكلة المعروضة تتعلق بعمل فردى ، وليس مشتركًا مثل الصعوبات الاعتمادية ـ الاستقلالية ، أو المشكلات الدائمة فى العلاقة بين شخصين ، والعنف أو الغيرة (Bennun, 1991) .

وأحد مترتبات تطبيق نظرية النظم هو الضياع الواضح للفرد فى إطار التفكير المنظومى . ويرى ولتر (1989) Walter أن المعالجين وفق نظرية النظم فى حاجة لأن يضعوا فى اعتبارهم كيفية تكامل نماذج الأداء الفردية النفسية فى العمل المنظومى وأن يتحققوا من مؤشرات العلاج الفردى إذا كان ذلك متاحاً .

وقبل البدء فى فحص بعض نماذج العلاج لطرف واحد والذى تطور استجابة للاحتياجات الأكلينيكية ، يجدر التفكير فى كيفية استخدام هذا المنحى بطريقة أكثر عمومية فى الممارسة الأكلينيكية . ففى سياق العلاقة بين الزوجين سيظل علاج أحدهما فقط بديلاً دائماً ، أو أحد البدائل المتاحة . وعلى الرغم من ذلك ، فعلى المعالج أن يكون واضحاً فى التمييز بين العمليات داخلية المنشأ النفسى ، والعمليات التفاعلية (Walters, 1989) . ويمكن التفكير فى هذين النوعين من العمليات على أنهما موجودتان معاً بدلاً من كونهما يعكسان وقائع الصراع . ويتعين تلطيف الحماس المؤسسى باستبقاء دور للديناميات الفردية، وكيف تقوم بالتفاعل مع عمليات العلاقات بين الأشخاص .

ودون اعتبار لبعض المشكلات الأكلينيكية التى تستجيب بشكل جيد لعلاج طرف واحد ، فإن رؤية أحد الشريكين بمفرده يمكن الإفادة منها للإعداد لجلسات مشتركة فيما بعد . ويتعين أن يستجيب المعالجون بطريقة حسنة لرغبة الشريك أن يقابل بمفرده ، هذا على الرغم من ضرورة معرفة طبيعة ومعنى هذا الطلب . ويمكن لهذا المنحى أن يكون مقنعاً عندما تكون بعض النظم العائلية المعينة قد جعلت الشخص قليل الحيلة ، أو أن دور الأم ، أو الأب أو الزوج أو الزوجة يتضمن ثنائية . وبعد مرور أعوام من القيام بهذه الأدوار المزدوجة يترك الشخص بإحساس ضعيف بالذات ، قد يتكرر ظهوره أو يعود فى موقف مشترك . وهناك اعتبار آخر يبرر استخدام هذا المنحى هو أنه عندما يتم تحديد مشكلة على أنها ذات طبيعة منظومية، ونفسية المنشأ فى جوهرها ، فيتعين فى هذه الحالة أن يكون لعلاج الطرف الواحد هدفان: الأول هو الكشف عن العمليات النفسية الفردية ، والثانى هو كيف يؤدى النظام إلى استمرارها . وقد طور زابوكزنك وزملاؤه (Szapocznik et al., 1983,1984) طريقة للعلاج الأسرى لشريك واحد . ويتشكل منحاهم من كل من المعلومات البنيوية والإستراتيجية ، مع كون فترة التدخل نفسها قصيرة ، وعادة ما تكون حوالى عشرة جلسات . ويهدف العلاج الأسرى للفرد الواحد إلى إحداث تغيير فى السياقات المتكررة المختلة وذلك باستخدام أكثر أفراد الأسرة أهمية كوسيط للتغيير . ويقرر المعالج فى

(1) Unilateral Marital therapy .

سياق العلاقة الزوجية أى الشريكين هو الأكثر مناسبة للانضمام للعلاج . وخلال الجلسات مع الشريك الواحد ، يتمكن المعالج من ملاحظة ردود الفعل الزوجية البنيوية والتفاعلية ، ثم يبدأ فى إحداث التغيير من خلال الشريك الواحد الذى يحضر للعلاج .

ونتيجة لاعتماد هذا المنحى على المقدمات الأساسية لنظرية النُظم ، التى ترى أن التغيير فى أحد عناصر المنظومة يؤدى بالضرورة إلى تغييرات فى عناصرها الأخرى ، فإن المعالج يستطيع التأثير فى البنية الثنائية من خلال التدخل مع الشريك الذى يُعالج . ويتعين أن يصدر المعالج تعليمات لهذا الشريك لكى يسلك بطرق جديدة أو أن يقوم بالكشف عن عملياتهما الإدراكية الخاصة ، وذلك كوسيلة لتعرف القواعد والبنية التى تحدد أداء الزوجين .

وسيحتاج المعالج نتيجة لمشاركة أحد الزوجين فقط فى العلاج ، إلى اكتشاف كيف أستطاع هذا الفرد إدخال دوره التكميلى أو إدماجه فى صلب العلاقة الثنائية. وعلى الرغم من عدم وجود أى شخص آخر فى الموقف يمكنه أو يؤكد أو ينفى الواقع المدرك الذى يذكره الشريك ، إلا أن إحدى المهام العلاجية هى المحافظة على موقف ذى توجه واقعى أثناء العلاج . ويمكن أن يتم ذلك من خلال بعض الأساليب المعرفية التى سبق وصفها .

وما إن يتم تحديد التفاعلات والعمليات النشطة فى إطار الثنائى من وجهة نظر المشترك منهما فى العلاج ؛ حتى يقوم المعالج بمحاولة تكوين وجهة نظر الطرف الأخر غير المشارك ، وبالتالى يتمكن من التوصل إلى الخريطة المتكاملة التى تصف العمليات الثنائية إجمالاً ، وما إن يتم ذلك حتى يوجه التدخل من خلال ما قرره الشخص عن سلوكه وإدراكاته.

والبيانات التجريبية المستخلصة من هذه المجموعة البحثية الأكلينيكية مشجعة ، على الرغم من صعوبة تأكيد الميكانزمات التى يتم من خلالها تحقيق التغيير . ومثلما يوجد فى الكثير من الحزم العلاجية ، تظل الفعالية النسبية للأجزاء المكونة منها غير واضحة .

العلاج الفردى للزوجين (1)

نموذج علاجى آخر ، يستخدم شريكًا واحداً فى علاج الكدر الزواجى ، طوره بنون Bennun (1984:1991) استجابة للأعداد المتزايدة من الشركاء ، الذين يطلبون علاجاً زواجياً دون مشاركة الشريك الثانى . وقامت بعض المعارضات المناهضة لتطوير هذا المنحى على أساس أن المعالج سيظل دائماً يقوم بمحاولة عقد جلسة تجمع بين الزوجين . وعلى الرغم من ذلك ، ووفقاً لما سبق وصفه قد توجد ظروف تكون رؤية شريك واحد فيها هى الأنسب . وتتضمن بعض التحفظات الأخرى على هذا المنحى أنه يؤدى إلى الوقوع فى التحيز عند تقييم المشكلة بين الزوجين ؛ نتيجة لكون المعالج ضالع فى الأسرار الزوجية ، ونتيجة لاستخدام العلاقة الزوجية كعلاقة تنافسية . وقد وضعت هذه الأمور فى الاعتبار عند تطوير هذا المنحى أحادى الشريكين ، على الرغم من إمكان التوصية بالقيام بمقابلات أولية ، وتقييم مشترك للزوجين على الأقل .

والعناصر التى توفر أفضل وصف لهذا المنحى : هى التى تتضمن تركيزاً على الثنائى مع توجيه الأهتمام للطرف غير المشارك فى العلاج وتبين إسهامه فى الصراع ، ويعتبر هذان العنصران متزامنين فى

---

(1) Individual Couple Therapy.

كل جلسة ، ويقدمان بوضوح خلال العلاج ، ويؤكد الاهتمام بالعلاقة الثنائية على التوازن الذى يتعين المحافظة عليه بين الفرد والعمليات الثنائية. وتُشبع العلاقات بين الزوجين مجموعة من الاحتياجات النفسية والمادية لكل فرد منهما ولهما معاً كزوجين . وعندما لا تُشبع هذه الاحتياجات فإن الكدر الذى يأتى بعد ذلك يؤثر فى الفرد وشريكه والعلاقة بينهما .

ويؤدى هذا التركيز على الثنائى إلى توجيه المعالج والطرف المشارك فى العلاج للنظر بداية فى قضايا العلاقة ، بدلاً من النظر فى المشكلات النفسية الفردية. وما إن تظهر المشكلات من خلال العلاقة وفى سياقها ؛ حتى يمكن الكشف عنها بوضوح وبصورة مناسبة .

وأحد المبادئ الأساسية فى المنظور الثنائى هو الطريقة ، التى يتم بها تحديد المشكلات وصياغتها . فإذا كان توجه المعالج هو العمل على حل مشكلة معينة ، فسيحتاج العلاج لأن يصاغ بتعبيرات تتضمن الشريكين معاً . مثال ذلك فى حالة امرأة تعانى من مخافة الأماكن المفتوحة ، فسيتطلب المنظور الثنائى فهم المشكلة بوصفها خوفًا ، وكذلك عدم قدرة من شريكها على توفير الأمان المناسب لها للخروج من البيت . وتتطور الصياغة الدقيقة بوضوح من خلال التقييم الأكلينيكى الكامل .

العنصر الثانى ، أن وجود طرف غير مشارك ، يؤدى لتوجيه المعالج لكسب تعاون وارتباط هذا الطرف . ويجب تشجيع الطرف المشارك فى العلاج على إعطاء زوجه أو زوجته تقريراً عن جلسة العلاج ، ويفضل أن يكون ذلك فى يوم العلاج نفسه . ومن المفيد التباحث حول هذا الأمر فى مستهل العلاج . وعند التكليف بواجبات منزلية ، سيكون من الأمور المهمة التأكيد على مشاركة الطرف الأخر فيها ، كلما كان ذلك ممكناً . ويتعين أيضاً تشجيع الطرف المشارك على تقديم عائد (رد فعل) الطرف غير الحاضر حول المهام والموضوعات ، التى يرغب أو ترغب المشاركة فيها . ويلقى ذلك الضوء على قيمة وأهمية جلسة التقييم المشتركة والتى يمكن استخدامها بصورة مرنة ومبتكرة ، دون الإصرار على ضرورة مشاركة الطرف المقاوم فى حضور كل جلسة تالية . وتؤدى موافقة المعالج على عدم حضور هذا الطرف إلى خفض مقاومته وتحسين إذعانه للنظام العلاجى .

ثالثاً : يتعين الاعتراف بإسهام الشريكين معاً فى الصراعات بينهما ، ويستطيع المعالج أن يبتعد عن دوره المحايد بسهولة ، وأن يشكل تآلفاً علاجيًا مع أحد الطرفين .

وأحد العوامل المحورية فى العمل مع طرف واحد هو الالتزام بالفرض المنظومى حول أن الصراع نتاج للتفاعل واستجابة له ، وأن أيًا من الطرفين غير ملوم عنه بمفرده . ويعترف النموذج أن كلاً من الطرفين يسهم فى الصراع ، وأن كليهما مسئول عن حله ، لذا يتعين توضيح هذه الفكرة بشكل عملى ، أما الأحداث المتعلقة بالعنف الزواجى ، والاستغلال البدنى وما شابه ذلك فلا يتعين النظر إليها على أن كلا الطرفين يتحمل القدر نفسه من المسئولية عن حدوثها . وعلى الرغم من ذلك فإن الأخذ بهذه الوجهة من النظر حول الصراع يؤدى إلى جمع العناصر الثلاثة معاً ، ويسمح للمعالج بالمحافظة على التوازن بين الفرد والعمليات التفاعلية .

وتتضح هذه العناصر الثلاثة من خلال علاج امرأة لديها تقدير ذات منخفض ، وإحساس بعدم الملائمة الشخصية قوض من استقرارها الزواجى . وأعيدت صياغة المشكلة وفقاً لهذا الوصف فى ضوء

التوجه الثنائى [(١)] ، مع الاعتراف بمصدر هذه المشاعر (علاقتها السابقة مع أبيها) وعدم قدرة زوجها الواضحة على مساعدتها لتغير من إدراكها لذاتها . وبالتالى تضمنت إعادة صياغة المشكلة اعتبار زوجها جزءاً من المشكلة نتيجة لعدم قدرته على مساعدتها على تخطى هذه المشاعر المكدرة . وتضمن العنصر الثانى قيام الزوجين بمناقشات تفصيلية مشتركة حول أسبابهما الشخصية ، التى يعتقدون أنها تسببت فى المشكلة وطورتها . وقام المعالج بلعب دور الشريك مع المرأة ، وبين لها كيف تستطيع مواجهة بعض افتراضاتها حول نفسها ، وبالأخص تلك الفروض ذات الصلة بأبيها ، وكيف عُممت على زوجها . ثالثاً لدى الزوجين صعوبة لا يعتبرانها جزءاً من مشكلتها ؛ فمن خلال لعب الأدوار ، كانت الزوجة قادرة على تعليم زوجها مواجهة معتقداتها الخاصة ، كما أُوضح لها أيضاً أنها لم تكن غير ملائمة كما كانت تعتقد ، وأن زوجها لم يكن يراها بالضرورة بهذه الطريقة .

وقد تم تقييم هذا النموذج الخاص ، وتبين أنه فعال بدرجة فعالية العلاج الزواجى المشترك نفسها، ومجموعات الأزواج العلاجية. وبينما يوجد جدل نظرى حول هذه الطرق الأحادية ، إلا أن نتائجها لا تدعم هذه الشكوك .

تطبيقات أخرى للعلاج الزواجى

تتحمل الأسرة أو الوحدة الزوجية أساساً أولى أعباء حدوث مشكلات نفسية لدى أحد أفرادها . وكما سبق أن أوضحنا فى أقسام أخرى من هذا الفصل ، فإن التأثيرات المتبادلة بين الأفراد فى مشكلة محددة وبين أسرتهم والزوج أو الزوجة يمكن أن تؤدى إما إلى تفاقم المشكلة أو كبحها . وعلى الرغم من وجود ثروة من التغطية النظرية لهذه القضية إلا أنها لم تؤد بالضرورة إلى تشكيل ممارسة إكلينيكية (Kuipers and Bebbington ,1985) .

وهناك ثلاثة خطوط للتفكير فيما يتعلق بأستخدام الطرف الثانى فى علاج المشكلات النفسية للراشد (Bennun, 1988 a) أولها : إمكان إشراك الطرفين فى العلاج بهدف تعزيز تقبل العلاج ، مع الأخذ فى الاعتبار أن العلاج الذى يؤدى إلى نتائج ضعيفة راجعة لعدم الإذعان والتقبل ترجع إليه نسبة جوهرية من الحالات الأكلينيكية ، ثانيها : أن هافنر وزملاءه (1983) Hafner et al . قاموا بتطوير أسلوب العلاج «بمساعدة الطرف الآخر » [(٢)] . وحيث يلعب الطرف الآخر (الزوج أو الزوجة) دوراً مباشراً ونشطاً فى العملية العلاجية بوصفه معاوناً فى العلاج . ومن وجهة نظر هؤلاء المؤلفين أن هذا المنحى عبارة عن « علاج للموارد الزواجية » [(٣)] . وأخيراً استخدام العلاج الزواجى ، عندما أخذ فى الأعتبارأن المشكلات الزوجية يجرى عرضها فى إطار المشكلات السيكياترية أو النفسية ، مثل : مخاوف الأماكن المفتوحة (Hafner, 1986) ، والأكتئاب (Jacobson and Holtzworth -Munroe, 1986) ، ومشكلات إدمان الخمور (O' Farrell, 1986) والغيرة (Im et al ., 1983) واضطرابات الأكل (Foster, 1986).

واستخدم علاج الزوجين أيضاً فى مجتمعات نوعية ، وتجمعات اجتماعية مثل الأزواج غير المتزوجين والأزواج سابقى الزواج ، والزيجات عبر الحضارية ، والزواج بين الذكور الشواذ وبين النساء السحاقيات . (انظر : Dryden , 1985; Hooper and Dryden, 1991; Jacobson and Gurman,) وقدم

(1) Dyadic Focus .
(2) Spouse aided therapy .
(3) Marriage resource therapy .

مارجولين Margolin (1982, 1986) مراجعة مفيدة للقضايا الأخلاقية فى العلاج الزواجى .

وقد تطور العلاج الزواجى بوصفه تدخلاً ، قُصد به مساعدة الأزواج فى الزيجات المتكدرة . وقد حاول هذا الفصل أن يوضح أن قضايا العلاقات يمكن أن تمتد لأبعد من الإرشاد الزواجى (1) . ويمكن أن تكون مفيدة فى تخطيط العلاج ، وحيث يمكن أن يؤدى استخدام الطرف الآخر لتحسين النتائج .

وهناك حاجة لبعض الوضوح عند التعامل مع الزوجين معاً ، فدعوة الطرف الآخر للمشاركة فى العلاج لا يؤدى بالضرورة لإزالة الكدر الزواجى ، إلا أن الخبرة الأكلينيكية توحى دائماً بوجود قضايا أختلال الوظائف الزوجية فى الوقت الذى لا تكون متوقعة فيه ..

(1) Marriage Counselling .

References

Baucom, D. and Epstein, N. (1989) *Cognitive-Behavioral Marital Therapy*, New York: Brunner/Mazel.

Bennun, I. (1984) 'Marital therapy with one spouse', in: K. Hahlweg and N. Jacobson (eds) *Marital Interaction: Analysis and Modification*, New York: Guilford Press.

Bennun, I. (1988a) 'Involving spouses and families in the treatment of adult psychological problems', in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology. Vol. 2*, Chichester: Wiley.

Bennun, I. (1988b) 'Systems theory and family therapy', in E. Street and W. Dryden (eds) *Family Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Bennun, I. (1991) 'Working with the individual from the couple', in D. Hooper and W. Dryden (eds) *Couple Therapy: A Handbook*, Milton Keynes: Open University Press.

Calapinto, J. (1991) 'Structural family therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook of Family Therapy. Vol. 2*, New York: Brunner/Muzel.

Carter, B. and McGoldrick, M. (1989) *The Changing Family Life Cycle: Framework for Family Therapy*, London: Aylen and Bacon.

Dicks, H. (1967) *Marital Tensions*, London: Tavistock.

Dryden, W. (1985) *Marital Therapy in Britain. Vol. 2*, Milton Keynes: Open University Press.

Fibush, E. (1957) 'The evaluation of marital interaction in the treatment of one partner', *Social Casework* 38: 303–7.

Foster, S. (1986) 'Marital treatment of eating disorders', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Hafner, R. (1986) 'Marital therapy for agoraphobia', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Hafner, R., Badenoch, A., Fisher, J. and Swift, H. (1983) 'Spouse aided versus individual therapy in persisting psychiatric disorders: a systematic comparison', *Family Process* 22: 385–99.

Haley, J. (1984) 'Marriage or family therapy?' *American Journal of Family Therapy* 12: 3–14.

Holtzworth-Munroe, A. and Jacobson, N. (1991) 'Behavioural marital therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook of Family Therapy. Vol. 2*, New York: Brunner/Muzel.

Hooper, D. and Dryden, W. (1991) *Couple Therapy: A Handbook*, Milton Keynes: Open University Press.

Im, W., Wilner, R. and Breit, M. (1983) 'Jealousy: interventions in couples therapy', *Family Process* 22: 211–19.

Jacobson, N. and Gurman, A. (1986) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Jacobson, N. and Holtzworth-Munroe, A. (1986) 'Marital therapy: a social learning-cognitive perspective', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Jacobson, N., Dobson, K., Fruzzetti, A., Schmaling, K. and Salinsky, S. (1991) 'Marital therapy as a treatment for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 547–57.

Kuipers, L. and Bebbington, P. (1985) 'Relatives as a resource in the management of functional illness', *British Journal of Psychiatry* 147: 465–70.

Levenson, R. and Gottman, J. (1985) 'Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction', *Journal of Personality and Social Psychology* 49: 85–94.

Madanes, C. (1981) *Strategic Family Therapy*, San Francisco: Jossey Bass.

Madanes, C. (1991) 'Strategic Family Therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook of Family Therapy. Vol. 2*, New York: Brunner/Muzel.

Manus, G. (1966) 'Marriage counselling: a technique in search of a theory', *Journal of Marriage and the Family* 28: 449–53.

Margolin, G. (1982) 'Ethical and legal considerations in marital and family therapy', *American Psychologist* 37: 788–801.

Margolin, S. (1986) 'Ethical issues in marital therapy', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*, Cambridge Mass.: Harvard University Press.

Mittlemann, B. (1944) 'Complementary neurotic reactions in intimate relationships', *Psychoanalytic Quarterly* 13: 479–91.

Nadelson, C. (1978) 'Marital therapy from a psychoanalytic perspective', in T. Paolino and B. McCrady (eds) *Marriage and Marital Therapy*, New York: Brunner/Muzel.

O'Farrell, T. (1986) 'Marital therapy in the treatment of alcoholism', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1978) 'A ritualized prescription in family therapy: odd days and even days', *Journal of Marriage and Family Counselling* 4: 3–9.

Stanton, M. (1981) 'Marital therapy from a structural-strategic viewpoint', in G. Sholevar (ed.) *The Handbook of Marriage and Marital Therapy*, Philadelphia: MTP Press.

Szapocznik, J., Kurtines, W., Foote, F., Peres-Vidal, A. and Hervis, O. (1983) 'Conjoint versus one person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 889–99.

Szapocznik, J., Kurtines, W. and Spencer, F. (1984) 'One-person family therapy', in W. O'Conner and B. Lubin (eds) *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, New York: Wiley.

Todd, T. (1986) 'Structural-strategic marital therapy', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Walter, J. (1989) 'Not individual, not family', *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 8: 70–7.

الفصل الخامس عشر

فحـــص الفصـــام

Schizophrenia : Investigation

David R. Hemsley **ديڤيد ر. هيمسلى**

الفصل الخامس عشر

فحـــص الفصـــــام

ديفيد ر. هيمسلى **David R. Hemsley**

مقدمة تاريخية حول مفهوم الفصام [١] :

قام كريبلن (١٨٩٦) Kraeplin بالخطوة الرئيسية ، نحو تمييز مايشار إليه الآن باعتباره فصاماً عن بقية الحالات الذهانية الأخرى . وقد جمع معاً مصطلحات البارانويا [٢] والكتاتونيا [٣] والهيبفرنيا [٤] تحت المصطلح العام «الخبل المبكر» [٥] . والخصائص الأساسية لهذه المجموعة كما يدل عليها الاسم عبارة عن بداية مبكرة [٦] وتدهور عقلى متتابع . وتتضمن الأعراض التى ذكرها كريبلن : الهلاوس [٧] (فى حاسة السمع على وجه الخصوص) ، والهذاءات [٨] ، وإذاعة الأفكار [٩] والتأثيرات ، وضعف التقييم ، واضطراب التعبيرات الانفعالية ، والإغراب [١٠] ، والسلوك النمطي [١١] والسلبية [١٢]. وبالتالى ، فعند تعريف هذا الاضطراب يتعين الرجوع إلى كل من مسار المرض وأعراضه ، على الرغم من أن الأول هو مايتم دائماً التاكيد عليه .

على النقيض من ذلك ، رفض بلويلر (١٩١١/١٩٥٠) Bleuler وجهة نظر كريبلن المتعلقة بالتدهور الحتمى المتتالى ، وفضل أن يطلق على الخبل المبكر مصطلح «الفصام» ، وهو تعبير يعكس وجهة نظره التى تتضمن أن هناك فقداناً فى التناغم بين مجموعات الوظائف العقلية المختلفة . وبالنظر إلى التباين الواسع للاضطرابات المشاهدة فى الفصام فقد سعى لفهم أعراضه بمفاهيم مكوناته الأساسية . ولذلك كتب قائلاً : «إن الأعراض الأساسية تتضمن خلطاً فى الترابط والوجدان ، وميل الشخص للانفصال عن الواقع » (Bleuler, 1950:14) ويشار إلى ذلك دائماً فى النقاط الأربعة الآتية :الترابط [١٣]، والوجدان[١٤]

---

(1) Schizophrenia .
(2) Paranoia .
(3) Catatonia .
(4) Hebephrenia .
(5) Dementia Praecox.
(6) Praecox .
(7) Hallucinations .
(8) Delusions .
(9) Thought-broadcasting .
(10) Bizarre .
(11) Stereotyped behaviour .
(12) Negativism .
(13) Association .
(14) Affect .

والتوحد (١) والتناقض الوجدانى (٢) . وعلى النقيض من ذلك فإن أعراضاً مثل الهلاوس والهذاءات تم النظر إليها باعتبارها أعراضاً جانبية أو ثانوية ؛ ذلك أن وجودها يتباين من فرد لآخر . وقد قدم بلويلر تمييزاً آخر بين الأعراض الأولية والثانوية ، فالأولى هى تلك الأعراض التى تنشأ مباشرة من مرض عضوى، افترض أنه مسئول عن حدوث الفصام ، من ذلك أن تمزق خيوط الترابط التى لاتقتصر على الكلمات فحسب ، بل وبين الأفكار أُعتبر عرضاً أولياً . وعلى النقيض من ذلك فإن الأعراض الثانوية تعكس العمليات الذهانية المعتادة والتى تسعى لمحاولة التوافق مع الإضطراب الأولى . وقد نظر الكثير من البحوث النفسية (مثال ذلك Hemsley, 1977) إلى الجوانب المختلفة لأعراض الفصام ، باعتبارها ناتجة عن التفاعل بين الشخص الذى يعانى عجزاً معرفياً وبين بيئته ، وسيتم تناول هذا الأمر فى القسم التالى .

العمليات التشخيصية

من الأمور الواضحة إمكان استخدام الأنواع المختلفة من المعلومات للوصول إلى التشخيص ، والفئات الرئيسية للمعلومات ، هى : السلوك الراهن ، تاريخ المرض ومساره (٣) وأسبابه (٤) . إلا أن هناك قدراً أقل من الاستخدام لهذه الأخيرة فى مجال العلاج النفسى . وعلى الرغم من أنه يخرج عن نطاق اهتمام الفصل الحالى ، إلا أنه قد يكون من المناسب أن يوضح المؤلف أفكاره الشخصية حول أسباب الفصام ، وهو يدعم ، بصفة عامة ، نموذج زوبن وسبرنج (١٩٧٧) Zubin and Spring حول الاستهداف للضغوط فى هذا الاضطراب ، وينشأ الاستهداف من عوامل جينية موروثة وإمكانات مكتسبة .

وقد استخدمت مجموعة كبيرة من النظم التشخيصية ، طور بعضها بصورة نقية كأدوات بحثية ، بينما صمم البعض الآخر للاستخدام الأكلينيكى ، وقد قدم لاندمارك (١٩٨٢) Landmark تلخيصاً لها .

واقتفاءً لوجهة نظر بلويلر ، فإن بعض هذه النظم أبرز الأعراض الخاصة بالفصام ، وليس مسار الاضطراب . مثال ذلك «مقياس محكات التشخيص البحثية»(٥) لسبتزر وانديكوت (١٩٧٨) Spitzer and Endicott وفيه تعرف المصطلحات التشخيصية جيداً ، وتُقدم معلومات دقيقة ، تشير إلى المطلوب لتشخيص الفصام . ويلاحظ أن ثبات تشخيص الفصام كان موضوعاً لنقد جوهرى . وتستخلص مراجعة للدراسات (Spitzer and Fleiss, 1974) ،أنه على الرغم من إمكان تشخيص الفصام بقدر من الثبات ، إلا أن هناك إمكانية للتحسين . وقد تحققت هذه الإمكانية باستخدام المقابلات النظامية محددة البنية لتغطية كل جوانب الوضع العقلى الراهن للمريض . ومن أفضل الأدوات المعروفة «اختبار الحالة الراهنة» (٦) .

وتفترض المحاولات السابقة بداية أن التصنيفات الناتجة تقبل الاستخدام على المستوى النظرى أو العملى . وسيقتفى المؤلف الحالى رؤية نيل واوليتمانز (١٩٨٠) Neale and Oltmanns فى النظر إلى الفصام على أنه بنية علمية مرنة تقبل التعريف جزئياً من خلال سلسلة من عمليات القياس ، ويتضمن تعريف هذه البنية خصائص العلاقات القانونية التى تتضمنها . وبالتالى فإن أهمية الأعراض النوعية

---

(1) Autism .
(2) Ambivalence .
(3) Course .
(4) Etiology .
(5) Research Diagnostic Criteria (RDC) .
(6) Present State Examination. (PSE).

تعتمد على علاقاتها بعوامل أخرى ، ويمكن النظر إليها باعتبارها نتجت عن طريق توسط مجال من العمليات البيولوجية والفسيولوجية .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن كثيرين يمكن أن يجادلوا الآن حول ماإذا كان من المفضل قياس متعلقات وخصائص جوانب منفصلة من السلوك والخبرة الذهانية (انظر: Bentall, 1992) ، بدلاً من الإهتمام بزملة الفصام ، وعلى الرغم مما يتضمنه هذا المنحى من مزايا عديدة ، إلا أنه لايمكن إفتراض أن مجموعة من أشكال عدم السواء ، يمكن أن تكون لها الدلالات المكافئة نفسها ، دون اعتبار لوجود أو غياب اضطرابات مصاحبة ؛ بمعنى آخر إننا يجب أن نفسح مكاناً للأهمية الممكنة لأنماط الاختلالات النفسية .

ويبدو هذان المنحيان البحثيان متكاملين فى الوقت الراهن . ويتصل بما سبق السؤال حول ماإذا كانت الظواهر غير السوية فى الفصام مستمرة ، أم متقطعة تتخللها فترات من السواء . ومن الواضح أن لذلك دلالات مهمة فى عمليات التقييم .

وقد صممت المقاييس بهدف واضح هو قياس الاستعداد للأعراض الذهانية ، وبالتالى فقد طورت الاستخبارات لقياس المستوى غير الأكلينيكى للخبرة غير السوية (Perceptual Aberration Scale; Chapman et al., 1978) والمعتقدات (Magical ideation Scale; Eckblad and chapman, 1983) كما صمم تشابمان (١٩٨٠) مقاييس تقدير للاستخدام ، خلال مقابلة الذهانيين وأصحاب الخبرات المتصلة المشابهة للذهان ، ونوع أو نمط الخبرات فى النهاية العليا لكل متصل ، تمثل قائمة أعراض الاضطرابات الوجدانية والفصام(١) (Spitzer and Endicott, 1978) . وكان لأنماط الخبرة الأخرى على كل مقياس سياق أو مضمون مشابه ، ولكن بدرجات مختلفة أقل انحرافاً . وكانت المجالات التى غطتها هذه المقاييس ، هى : إذاعة الأفكار الذاتية ، الخبرات السلبية ، الهلاوس السمعية ، هروب الأفكار ، وبعض المعتقدات الشخصية الأخرى المتعلقة والخبرات البصرية غير السوية . وتشير دراسة تتبعية (Chapman and Chapman, 1988) استخدمت هذه المقاييس إلى أن المعتقدات المبكرة غير السوية استمرت مع الهذاءات المتأخرة لدى المفحوصين الثلاثة ، الذين طوروا مستويات ذهانية اكلينيكية فى الاتجاه المنحرف من حيث المضمون والدرجة .

ولايوحى قبول نموذج الاستهداف بالأهمية الممكنة لتحديد هؤلاء الذين لديهم استعداد طويل للظواهر الذهانية فحسب ، بل وأيضاً أولئك الذين لديهم حالات راهنة ، يمكن أن تنبه الاخصائى الأكلينيكى لاحتمال الانتكاس . وسنتناول ذلك فيما بعد . كما أنه يلقى الضوء أيضاً على الحاجة إلى تقييم تلك الجوانب من البيئة ، التى يمكن أن تزيد من الاضطرابات المماثلة ، أى الضغوط .

أسباب الحاجة إلى التقدير النفسى فى الفصام

تشخيص أم وصف ؟

حتى إذا قبل المرء إمكانية استخدام المنحى التشخيصى ، فإن قصور الكثير من إجراءات التقدير المعرفية المبكرة للأغراض التشخيصية كان واضحاً منذ زمن بعيد (انظر: Hemsley, 1976). وبدلاً من ذلك ، يكون من الأفضل تطوير مقاييس مباشرة وثابتة لتلك الأنماط من عدم السواء ،التى أعتبرت مهمة . ويمكن لمثل هذه القياسات أن توضح البنية النفسية لعرض معين ، وبالتالى فقد أكد جارتى وهمسلى

(1) Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS).

Garety and Hemsley (1987) أهمية الطبيعة متعددة الأبعاد للمعتقدات الهذائية ، ومن غير الممكن افتراض أن التغير فى أحد هذه الأبعاد سيكون مصحوباً بتغير فى البقية (Brett-Jones et al., 1987) .

مراقبة التغير فى الأداء

سبب آخر لأهمية التقييم النفسى للمرضى الفصاميين ، هو ضرورة مراقبة التغيرات فى الأداء سواء تلك التى تحدث تلقائياً أو نتيجة لأجراءات التدخل النفسية أو الدوائية . وتشير تقديرات السلوك الأكلينيكى العريض إلى الناتج النهائى للمحددات المعقدة . وقد تسمح المقاييس الأكثر تحدداً بتحليل للعمليات المسئولة عن التغير . مثال ذلك أن دبيو وزملاءه Depute et al. (1975) استخدموا مقاييس عقلية ومقاييس تداعى ، وأخرى نفسية فسيولوجية لملاحظة المعدلات الفارقة للشفاء ، لدى فصاميين نشطاء وفصاميين انسحابيين . كما استخدم روزن وزملاؤه Rosen et al. (1980) الملاحظة لعينة زمنية لسلوك مرضى محدد إجرائياً للمرضى ، أثناء وجودهم فى جناح المستشفى ؛ للكشف عن التغيرات التى تظهر تالية على العلاج . وإذا وضعنا فى الاعتبار الآثار الإجمالية للتدخل ، يصبح من المهم للغاية تمييز عدد من النُظم المنفصلة الناتجة وبالتالى فالأعراض ، والأداء الإجتماعى ، والعمل ، والإيداع فى المستشفى يمكن أن تبين أنماط مختلفة تماماً من التغير على المدى الزمنى . وقد صمم ستراوس وكاربنتر Strauss and Carpenter (1972) مقياساً بسيطاً لقياس هذه الجوانب الأربعة الرئيسية يقوم على ثبات مرتفع فيما بين المقدرين.

التحليل الوظيفى (1)

يمكن أيضاً القيام بتقييم لمحاولة تبين المحددات والعوامل المستمرة لجوانب الاضطراب الفصامى ؛ أى القيام بتحليل وظيفى . ولهذا كان سلاد Slade (1982) يطلب من المريض إكمال قائمة لهلاوسه السمعية ثلاثة مرات يومياً ، كما قام بالإضافة لذلك بتقدير للحالة المزاجية . وقد لاحظ المتغيرات البيئية ، وحيث ارتبطت الهلاوس بحالات الاستثارة الشديدة والمواقف المزدحمة شديدة الضوضاء ، وعدم انخراط المريض فى مناقشة . وقد أدى ذلك إلى برنامج علاجى تالٍ (انظر الفصل ١٦) . كما استطاع مارجو وزملاؤه Margo et al. (1981) أيضاً توضيح التنوع فى تقارير الهلاوس نتيجة التلاعب فى مدخلات سمعية كما قام بريت جونز Brett-Jones وزملاؤه فى فترة أحدث بتقييم إستجابات مفحوصين هذائيين لتناقضات فرضية ، واستخلصوا أن المفحوصين الذين رفضوا تماماً معتقداتهم الهذائية تعاملوا مع التناقضات الفرضية بطريقة أكثر عقلانية من أولئك ، الذين لم يرفضوا معتقداتهم (Brett-Jones et al., 1987:261) .

تقدير النُذر المرضية المبكرة (2)

يتزايد الاعتراف أن الانتكاس الذهانى يأتى عادة بعد فترة تصبح خلالها مجموعة متنوعة من أنماط عدم السواء النفسية واضحة . ومن هنا استخلص سبوتنك ونوشترلين Subotnik and Nuechterlein أنه «حتى الزيادة الضئيلة فى مضمون الأفكار الشاذة ، والخبرة الإدراكية غير المعتادة ، والاكتئاب ، والانشغالات البدنية ، والشعور بالذنب الذى يزيد عن المستوى المعتاد لمريض معين ، يمكن أن ينذر بنكسه خلال فترة ، تمتد من ستة إلى ثمانية أسابيع قبل حدوثها » : (Subotnik and Neuchterlein, 1988 : 405) .

---

(1) Functional Analysis.
(2) Prodromal Symptomology.

والتقييم المعتاد لمثل هذا الاضطراب ، خلال فترات الضغوط على وجه الخصوص ، أو عند خفض الجرعات الدوائية يمكن أن يسمح بالتدخل الدوائى والنفسى لتجنب الانتكاس الذهانى . مثال ذلك أن هيرز وزملاءه Herz et al. (1982) قاموا بقياسات أثناء ايقاف علاج مجموعة من المرضى الفصاميين ، وقد أظهر ثمانية مرضى من بين تسعة عشر مريضاً زيادات فى الأعراض ذات طابع غير ذهانى ، تشبه اضطرابات حالة النوم ، والتهيج ، والغضب والانسحاب الاجتماعى ، وضعف العلاقات الاجتماعية .

تقييم الأعراض الفصامية

يمكن التوصل إلى تقييم تفصيلى للأعراض بواسطة أخصائى مدرب على المقابلة يستخدم «اختبار الحالة الراهنة» (1) (PSE : Wing et al., 1974) ويتضمن دليل الاختبار أكثر من ٥٠٠ سؤال ، صمموا لاستخلاص معلومات تسمح للقائم بالمقابلة بتقدير ١٠٧ من الأعراض على أساس التقدير الذاتى للمريض . وقد غطيت الهلاوس والهذاءات بتفصيل كبير . والأسئلة التى يوصى بها ، مثل : «هل حدث أن سمعت ترديداً أو صدى لأفكارك الشخصية ؟ » يمكن تتبع إجابتها بهدف تحديد طبيعة ودرجة كل عرض . ويتم تقدير هذه الأعراض على مقياس من صفر (حيث لاوجود للعرض) إلى ٢ (حيث يوجد العرض بصورة حادة) . ويسمح اختبار الحالة الراهنة أيضاً بتقدير سلوك المريض ، وحالته الوجدانية ، وحديثه . وتتوفر به تعريفات شاملة للأعراض . ومشكلات اختبار الحالة الراهنة تتمثل فى الحاجة لتدريب نوعى عليه ، بالإضافة إلى حقيقة إنه مُعَنى فقط بالحالة الراهنة للمريض ، وذلك على النقيض من «قائمة أعراض الاضطرابات الوجدانية والفصام» (2) (Spitzer and Endicott, 1978) ، وهو مقابلة أخرى شاملة ومحددة البنية ، توفر من خلال مقدرين مدربين معلومات ، تتسم بالثبات حول كل من الوضع العقلى الحالى والسابق.

وتصمم مثل هذه المقابلات أولياً لإبراز وجود أو غياب فئات الأعراض ، ولتحديد التشخيص ، وهى توفر معلومات محدودة نسبياً حول شدة أو تكرار أنماط معينة من عدم السواء . وعلى النقيض من ذلك فإن المقاييس العامة لتقديرات الأعراض ، مثل «مقياس التقدير السيكايترى المختصر» (3) (Overall and Gorham, 1962) ومقياس مانشستر (4) (Krawiecka at al., 1977) مصممة بشكل أفضل لقياس التغير.

وهناك تمايز متكرر بين الأعراض الإيجابية للفصام مثل الهذاءات والهلاوس ، واضطراب التفكير ، وبين الاعراض السلبية ، مثل: التسطح الوجدانى (5) والتخلف ، وعدم المبالاة ، والانسحاب الاجتماعى ، والإقلال فى الحديث . وغالباً مايُظهر المرضى الفصاميون كل من الأعراض الإيجابية والسلبية (مثال ذلك : Guelfi et al., 1989) ، ومن غير الواضح ما إذا كان هذا التميز يعبر عن :

(أ) اضطرابين أساسيين مستقلين . (ب) أو شدة مختلفة للاضطراب نفسه . (جـ) أو فروق فردية فى الاستجابة للاضطراب نفسه . (د) أو مراحل مختلفة للاضطراب نفسه ، أو أنه مزيج من ب ، جـ ، د .

وأحد التعقيدات الأخرى هى وجود بعد آخر مقترح ، يختص بالخلط المعرفى (انظر Liddle, 1987) مطلوب لتفسير بنية الأعراض الفصامية .

---

(1) Present State Examination (PSE).
(2) SADS.
(3) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
(4) The Manchester Scale.
(5) Flatness of Affect.

وعلى الرغم من هذه الصعوبات ، فإن المقاييس الخاصة بالتقدير المنفصل للأعراض الإيجابية والسلبية يمكن أن تكون مفيدة ، وأفضل المعروف منها هو ماطوره أندرسين (Andreasen (1982, 1984 ، «مقياس تقدير الأعراض الموجبة» [1] «ومقياس تقدير الأعراض السلبية » [2] . وعلى سبيل المثال فإن المقياس الأخير يوفر وصفاً إكلينيكياً تفصيلياً لخمس فئات إجمالية للأعراض ، هى : فقدان القدرة على الكلام [3] ، فقدان القدرة على السرور ـ اللاجتماعية [4] ، اللاختيار ـ اللامبالاة [5] ، ضعف الانتباه ، على الرغم من أن اعتبار هذه الأخيرة عرضاً سلبياً أمر مشكوك فيه . وقد تمت تجزئة هذه الفئات الخمسة إلى خمسة وعشرين مكوناً سلوكياً ، قابل للملاحظة تقدر على مقياس للشدة من ستة نقاط تم التحقق من ثباته .

يؤدى كل ماسبق إلى افتراضات محددة حول البنية الذهانية لأعراض فرد ما ، وبالتالى لايمكن إفتراض أن الأعراض الواردة فى التقارير حول تكرار ووضوح وشدة الخبرات الهلوسية ، ستكون ذات صلة وثيقة (انظر Margo et al., 1981) وقد أخذ هاسيتنج وهافنر (Husting and Hafner (1990 ذلك فى إعتبارهما ، عند وصفهما لأسلوب للتقدير الذاتى لتقييم الهلاوس السمعية ، يقوم فيه المفحوصون بالإجابة عن مقاييس بصرية مشابهة ، تتعامل مع الصخب والوضوح والكرب ، وقابلية الخبرات للتشتت ، ثلاث مرات يومياً . ولهذا الأسلوب ثبات إعادة اختبار مناسب . وبالمثل أصبح من الواضح أن أفضل صياغة للهذاءات تكون باعتبارها متعددة الأبعاد . وهناك مقياس آخر ، هو «بطارية التخيل الشخصي» [6] (Rattenburg et al., 1984) وهى عبارة عن مقابلة شبه مقننة تستخلص منها درجات على الأبعاد الثلاثة الكبرى المفترضة للمضمون والالتزام والاقتناع . وعلى خلاف ذلك ، قام جارتى وهمسلى (١٩٨٧) Garety and Hemsley بقياس خصائص أحد عشر معتقد ذاتى باستخدام طريقة بصرية مماثلة . ويقيس «مقياس تقديرات الخصائص الهذائية » [7] الأبعاد الآتية : الاعتقاد أو الامتناع ، الانشغالات السابقة ، والهم ، وافتقاد السعادة ، والسعى للحصول على التأكيدات ، والتدخل والمقاومة . وتعدد الأبعاد ، والسخف أو اللامعقولية [8] والوضوح الذاتى والشمولية . ويوضح تحليل للمكونات الأساسية [9] وجود أربعة مكونات، هى :الكرب، وقوة المعتقدات ، والتطفل ، والانشغال. وعلى الرغم من ذلك فإن البعد المهم المحتمل للإغراب [10] ، والذى لايمكن إغفاله لم يشمله هذا الإجراء للتقدير الذاتى ، وقد عدل جاريتى (١٩٨٥) Garety وبريت جونز وزملاؤه (١٩٨٧) Brett-Jones أسلوب شابيرو (١٩٦١) Shapiro المسمى «الاستخبار الشخصي»[11] : للحصول على تقديرات للانشغالات الهذائية ، والحساسية للاقتناع بالتغيرات الصغرى فى شدة الأعراض على مدى الزمن . واستخدم شادويك ولو (١٩٩٠) Chadwick and Lowe حديثاً هذا المقياس فى دراسة للتدخل السلوكى المعرفى فى حالة المعتقدات الهذائية . وكانت أبعاد الإنشغال والإقتناع والقلق أثناء التفكير فى المعتقدات الهذائية ذات تغاير مشترك [12] لدى بعض المرضى ، دون البعض

(1) Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS).
(2) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS).
(3) Alogia.
(4) Anhedonia-asociality.
(5) Avolition-apathy.
(6) Personal ideational Inventory.
(7) Characteristics of Delusions Rating Scale.
(8) Absurdity.
(9) Pricipale Componant.
(10) Bizzarreness.
(11) personal Questionnaire.
(12) Covariation.

الآخر. ويشير بريت ـ جونز وزملاؤه (المرجع السابق) إلى الإمكانية التطبيقية لتقدير ردود أفعال المرضى لتناقضات مفترضة ، والمدى الذى يدركون به الحدوث الواقعى لهذا التناقض فى معتقداتهم . وقد يكون لهاتين الطريقتين دلالات فى التدخل المعرفى السلوكى (انظر الفصل ١٦) .

وكان من الواضح منذ فترة طويلة أن أعراض القلق والإكتئاب كثيراً ماتلاحظ سابقة للنوبات الذهانية ، أو أثنائها أو تالية عليها (انظر Giris, 1991) . وقد يكون تقدير هذه الأعراض والتحكم فيها جوهريًا لتحقيق نتائج مهنية واجتماعية ناجحة . ومن الملائم فى تقييم الاكتئاب التميز بين الاضطراب المعرفى مثل الأفكار السلبية عن الذات والمستقبل والعالم وبين المؤشرات السلوكية مثل اللامبالاة ، والإنسحاب والتأخر ، وفقدان الاهتمامات . وهناك مشكلات معينة فى تقييم الاكتئاب فى حالة المرضى الفصاميين منها :

(١) أنه قد يختفى خلف أعراض إيجابية أخرى أكثر حدة . (٢) وقد يكون من الصعب التمييز بين التسطح الوجدانى والمزاج الإكتئابى . (٣) أن بعض الأعراض السلبية الأخرى مثل الإقلال من الحديث يمكن أن ينظر إليها خطئاً باعتبارها اكتئاباً . (٤) إن العقاقير المضادة للذهان يمكن أن تؤدى إلى آثار جانبية ، حركية وسلوكية قد تعتبر اكتئاباً على سبيل الخطأ . وعلى أى الأحوال فكثيراً مايكون للعقاقير المضادة للذهان تأثير اكتئابى حقيقى . وتوحى دراسات الحيوان أن ميكانيزمات المكافأة والتدعيم تتأثر بعقار الدويامين Dopamine ، مثال ذلك أن التنبيه الذاتى [1] ينخفض بواسطة المهدئات الرئيسية حتى إذا كانت مستويات النشاط الحركى تحت التحكم . وتحظى قضية استحداث المهدئات الكبرى للاكتئاب باهتمام متزايد (انظر: Emerich and Sanberg, 1991) وتستخلص دراسة للانتحار بين المرضى الفصاميين أن المعدل بلغ ١٠٪ (Miles, 1977) ، وقدم تقرير أحدث (Westermeyer et al., 1991) أرقاماً مشابهة . وبالتالى فإن تقدير احتمالات الإنتحار يعد أمراً مهماً . ويرى روى (1981) Roy أن ظهور الأعراض الاكتئابية يعد واحداً من أهم عوامل الخطر الكثيرة . وقد طور أدنجتون وزملاؤه Addington et al. (1990) مقياساً لتقديرات الاكتئاب لدى الفصاميين ، يحاول التعامل مع إحدى المشكلات التى سبق وصفها فى الفقرة السابقة . كما يشير دراك وكوتن Drake and Cotton أيضاً إلى أن الفصاميين الذين يحاولون الإنتحار ، يكشفون بصورة نموذجية عن الأعراض النفسية ، وليس العضوية للاكتئاب (Drake and Cotton, 1986 : 554) . وتؤدى المترتبات العديدة لمرض الفصام كتقطع العلاقات وتدمير الخطط المستقبلية إلى أفكار سلبية حول المستقبل مفهومه تماماً . وقياس وتعديل مثل هذه العناصر المعرفية يحتمل أن يكون ذا أهمية متزايدة .

قياس أداء المرضى السيكاتريين المقيمين لفترات طويلة

استخدمت مقاييس تقديرات السلوك فى جناح المستشفى ، للمرضى المقيمين منذ فترة طويلة لتقييم المرضى الفصاميين ، وكما لاحظ هال Hall فإن محكات اختيار البنود تتباين بشدة ، وهو يرى أن تضمين بند فى مقياس يتأثر بالآتى : (أ) ارتباطه الواضح بالإستجابة للدواء أو بغيره من أشكال العلاج . (ب) ارتباطه بالوضع القائم على المدى البعيد أو المتابعة . (حـ) التكرار الفعلى للسلوك . (د) رأى فريق العناية الأولية فى فعالية السلوك فى جناح المستشفى والبيت والمجتمع (Hall, 1977 : 288) ، كما أشير أيضاً إلى أن العوامل ذات الصلة بالسلوك العام للمرضى المزمنين ، قد لاتكون على ماهى عليه لدى المرضى الفصاميين الحادين للغاية . وقدم هال (1980) Hall فى تقرير تال مراجعة لتسعة وعشرين مقياساً من

(1) Self-Stimulation.

مقاييس تقديرات السلوك فى المستشفى ، مع الاهتمام بالتفاصيل الخاصة بجلسة وضع التقديرات ، وإجراءات التقدير ، وبنية المقياس وتقييمه . ولسوء الحظ كانت المقاييس التى أظهرت أنها مفيدة للغرض ، الذى وضعت من أجله تستخدم باستمرار لأهداف مختلفة ، وهى ممارسة تؤدى إلى إفسادها ، عندما لاتكون هناك إعادة لتقدير ثباتها وصدقها ، وغير ذلك . وقد راجع هال صحة المقاييس وفق الحد الأدنى من المحكات الآتية :

١ـ هل أُختير مضمون المقياس على أسس منطقية مسبقاً ؟

٢ـ هل حددت فترة الملاحظة ،التى تتم على أساسها التقديرات ؟

٣ـ هل هناك أية معايير ؟

٤ـ هل تم تقدير الثبات ؟

٥ـ هل تم تقدير الصدق ؟

وقد استخلص من هذه المراجعة أن أربعة مقاييس فقط هى التى استوفت المعايير الخمسة جميعها، ولم يكن من المقاييس التى راجعها واحد له دليل لاستخدام المقدرين . يضاف إلى ذلك أن استخدام مثل هذه المقاييس يتطلب ملاحظة متكررة إذ يتعين أن تتم التقديرات على مدى فترة زمنية ممتدة نتيجة للتناقض فى الثبات بين المقدرين ، الذى يمكن أن يحدث ، عندما يعتقد المقدرين أن صحة تقديراتهم أصبحت لا تُراجع .

وقد طور بيكر وهال Baker and Hall (1983) فيما بعد مقياس REHAB ، إعتماداً على ملاحظات فريق العناية خلال الأسبوع السابق . وأدى ذلك للحصول على درجة للسلوك العام تستخلص من ١٦ بنداً ، ودرجة لانحراف السلوك تستخلص من ٧ بنود . وتتضمن الدرجة الأخيرة مجالات مثل : جودة الحديث ، ومستوى العلاقات التفاعلية ، والسلوك ، والحديث المضاد للمجتمع مثل العنف أو سوء استخدام الألفاظ . وتتوفر للمقياس معايير شاملة للمرضى المقيمين لفترات طويلة ، كما أن له ثباتًا مُرضيًا . ويتضمن مقياس قائمة السلوك الاجتماعى[1] (Wykes and Sturt, 1988) بالمثل سلوكيات التحدى والإغراب ، ويتم الإجابة عنه ، من خلال مقابلة مع إخبارى حول سلوك المريض خلال الشهر السابق ، وتوضع التقديرات على أساس شدة وتكرار السلوك .

وقدم فاريل وماريوتو Farrell and Mariotto (1982) بيانات للصدق التلازمى لمقياسين للتقديرات، لدى مجموعة من مرضى الفصام المتمكن المقيمين ، وهم فى مرحلة ماقبل الأزمان[2] . والمقياسان هما «مقياس ملاحظة المرضين لتقييم المرضى المقيمين »[3] (Nosie; Honigfeld and Klett, 1965) «وبروفيل الذهانيين المقيمين»[4] (Pip; Lorr and Vestre, 1969) . وتم الحصول على التقديرات من ملاحظين مساعدين ومهنيين . ويوفر المقياس الأول قياسات للسلوك على «قائمة ملاحظة على مدى عينة زمنية»[5] (Power, 1974) .

---

(1) The Social Behavior Schedule.
(2) Chronicity.
(3) Neurses' Observation Scale for in-patient Evaluation.
(4) The Psychotic in-Patient Profile.
(5) Time Sample Behavioral Checklist.

وأظهرت الدرجات على مقياس بروفيل الذهانيين المقيمين ، وملاحظة المرضين لتقييم المرضى المقيمين صدقاً تقريرياً وتمييزياً جيداً عبر المقاييس والمقدرين المختلفين . ولمقاييس التقديرات الخاصة بالتفاعل الاجتماعى والانسحاب ارتباطات قوية بمقاييس الملاحظة ذات المحتوى نفسه ، وكانت الارتباطات بالمؤشرات السلوكية متوسطة لدى المرضى الذهانيين ، ولم تكن العلاقة حاسمة بالنسبة للتهيج (١) ، والعناية بالذات . ويستنتج المؤلفون أنه بينما تعد مقاييس التقديرات طريقة مهمة للتقييم ، إلا أنها قد لاتوفر بيانات تقبل المقارنة الكاملة بالبيانات الناتجة عن التقدير المباشر لسلوك المرضى داخل المستشفى . وكانت مقاييس تكرار ودوام أنماط سلوكية معينة ، من بين أكثر إجراءات القياس أهمية فى المشروع البحثى الرئيسى عن العلاج النفسى للمرضى المزمنين الذى قام به بول ولينتز Paul and lentz (1977). وعلى الرغـم من ذلك اسـتخدمت مقاييس التقديرات ومن بينها «مقياس ملاحظة المرضين لتقييم المرضى المقيمين» ومقياس «أدنى أداء للمرضى المقيمين» (٢) ، وهو مقياس يستخدم فى جناح المستشفى صمـم لتقدير المستوى الأدنى من الأداء والسـلوك المُشكل لدى مجموعات المرضى المزمنين . Paul et (al., 1976.

القياس المعرفى

أشـار كل من بلويلر Bleuler وكريبلن Kraeplin إلى أن الاضطراب المعرفى وسيط مهم بين الأعراض الفصامية المكشوفة ، وبين ماأعتقد أنه يكمن خلف الآفات العصبية ، وهناك قدر كبير من البحوث النفسية حول موضوع المعرفة لدى الفصاميين ، ولمراجعة هذا الموضوع انظر همسلي Hemsley (1988) . وتؤكد النماذج الموحدة للاضطراب (مثال ذلك Gray et al., 1991a, b; Hemsley et al., (1993 على الدور الجوهرى لأنماط عدم السواء الأدراكية / المعرفية فى نشأة الأعراض الذهانية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن المقاييس المستخدمة ذات استخدام إكلينيكى محدود فى الوقت الراهن . وفى مقابل ذلك هناك وعى متزايد بأهمية الآفات المعرفية المتبقية (٣) بعد تحقيق المستوى الأمثل من العلاج ، مثال ذلك أن ساركوزو وبراف Saccuzzo and Braff (1981) أوضحا أن التداول البطيء للمعلومات آفة مستقرة نسبياً لدى الفصاميين من أصحاب المآل الضعيف ، وإن كان أصحاب المآل الجيد لديهم آفات مشابهة ولكنها منحسرة .

ومن المشوق أيضاً ملاحظة أن كلاً من كانسرو وزملائه Cancro et al. (1971) وزاهن وكارنبتر Zahn and Carpenter (1978) ذكروا أن هناك علاقة جوهرية بين زمن الرجع البسيط وبين المآل . ويُذكَر ذلك بما أشارت إليه البحوث المبكرة من أن التقديرات النفس حركية (٤) ، قد تكون ذات قيمة فى التنبؤ بسلوك العمل التالى للفصاميين .

وقام ميوكسر وزملاؤه Mucsser et al.(1991) فى فترة أحدث باختبار الذاكرة والأعراض المرضية ، بوصفها منبئات لإكتساب المهارة الاجتماعية لدى المرضى المشاركين ، فى برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية . وقد ارتبطت الذاكرة الضعيفة بالضعف فى المهارات الاجتماعية السابقة على العلاج، وبالمعدلات البطيئة لتحسن المهارة لدى من شخصوا ، على أنهم فصاميين وليسوا مرضى اضطراب

---

(1) Irritability.
(2) The in-Patient Scale of Minimal Functioning.
(3) Residuals.
(4) Psychomotor.

وجدانى . وعلى النقيض من ذلك لم يرتبط مستوى الأعراض المرضية بطريقة متسقة بأى من المقياسين . وقد استخلص الباحثون أن الآفات المعرفية فى الفصام ترتبط بالضعف فى المهارات الاجتماعية ، وقد تؤدى إلى الحد من معدلات إكتساب المهارة والاستجابة الأكلينيكية .

وقد تأكد أيضاً الارتباط بين بقايا الضعف المعرفى ونتائج التأهيل فى دراسة ويكس Wykes وزملاؤها ، وكانت مؤشرات الأداء المشتقة من مهام زمن الرجع الانتخابى ، منبئة بالقدرة على استخدام الخدمات لدى مجموعة من المرضى السيكاتريين المزمنين ، ممن شُخِّص أغلبهم على أنهم فصاميون ، وكان المرضى ذوو الصعوبات المعرفية المستمرة أكثر ميلاً للبقاء فى مواقف يتوفر لهم فيها دعم أكبر . وقد أسهمت المؤشرات المعرفية إسهامًا جوهريًا فى التباين الذى فسرته المقاييس المالية التقليدية ، وذلك من خلال سلسلة من تحليلات الانحدار [1] (Wykes et al., 1992) . وكان الارتباط بين العجز المعرفى واستخدام الخدمات ملحوظاً للغاية لدى أولئك الذين شخصوا على أنهم فصاميون . وهى مرحلة من التشخيص تعد متغيراً وسيطاً [2] . وبالنسبة للمرضى ممتدى الإقامة فى المستشفى كان توزيع درجاتهم على زمن الرجع فى صوره منحنى ذي قمتين[3] ، ولم يرتبط هذا المقياس بمستوى الأعراض المرضية . وعلى الرغم من ذلك ، كانت مقاييس زمن الرجع فى دراسة تتبعية (Wykes et al., 1990) منبئة باستخدام الخدمات بعد ثلاثة أعوام . وكان أصحاب الإستجابات البطيئة أقل ميلاً للانتقال إلى مستوى للعناية أكثر استقلالية خلال تلك الفترة . ويذكر هؤلاء المؤلفون أن هناك حاجة لاستراتيجيات تأهيلية بديلة لهذه المجموعة .

تقدير الجو العائلى

كما سبق الإشارة من قبل ، فإن قبول نموذج الاستهداف للضغوط بالنسبة للأعراض الفصامية يتضمن إعطاء دور مهم لتقدير العوامل البيئية المتعلقة بالانتكاس ، والتى من بين أكثرها رسوخاً الانتكاس المتصل باتجاهات الأقارب المهمين .

وقد قام براون وزملاؤه Brown et al. (1962) بتقدير مشاعر الانفعال والعداء والهيمنة ، التى يعبر عنها الأقارب المهمون نحو المريض ، وأظهر المرضى من الأسر ذات التعبيرات الانفعالية الشديدة معدلات نكوص متزايدة الشدة . وكان للاتصال القوى ، الذى عُرف أولياً باعتباره قضاء فترة تزيد عن خمس وثلاثين ساعة أسبوعياً مع المريض تأثير غير ملائم بالمثل ، عندما تكون معه تعبيرات انفعالية شديدة . وقد تم تحسين أساليب قياس الانفعالات المعبر عنها ، ثم تلى ذلك إعادة تطبيقها (مثال ذلك : Brown et al., 1972; Vaughn and leff, 1976) ، وقد وجدت الدراسة الأخيرة أن تناول الدواء بشكل منتظم يعمل بوصفه عاملاً إضافيًا للوقاية .

وقد طورت هذه التقديرات أساساً من خلال مقابلة كامبرويل للعائلة (Rutter and Brown, 1966)، وهى مقابلة شبه مقننة . وتصنف دراسة براون وزملاؤه Brown et al. (1972) وتُعرف التقديرات الوجدانية ، والتى تم الحصول عليها من خلال تسجيلات صوتية للمقابلة بواسطة مقدرين ، دربوا لمدة ثلاثة أشهر على الأقل باستخدام محكات جيدة . وتم جمع كل من الملاحظات النقدية والإيجابية ، ووضعت لها تقديرات على محكات النقد ، والعداء ، والدفء ، ومشاعر الارتباط الزائد ، وعدم الرضا ، وحددت

(1) Regression analysis
(2) Moderator Variable.
(3) Bi-model.

الانفعالات الشديدة المعبر عنها ، من خلال تقدير إنفعالات التورط الزائد ، أو بواسطة سبع ملاحظات أو أكثر سواء معبرة عن النقد أو العداء أو معبرة عنهما معاً . وقد مثلت الملاحظات النقدية ٧٧٪ من ملاحظات العائلات التى تعبر عن انفعالات شديدة . وطبق ڤون وليف Vaughn and Leff(1976) صورة مختصرة من مقياس كامبرويل للمقابلة العائلية ، وتبين أن عدد الملاحظات النقدية كان مستقلاً عن طول فترة المقابلة . وعلى الرغم من أن تطبيق وتقدير المقابلة ظل مستهلكاً للوقت – تبلغ الفترة أربعة ساعات فى المتوسط – إلا أنه أسلوب يتسم بالثبات فى تقدير اتجاهات الأقارب وأساليب تعاملهم ، التى يواجهون بها سلوكاً مضطرباً من المريض لافصامى .

وقدم فالون Falloon (1988) مراجعة للوضع الراهن لمفهوم «الانفعالات المعبر عنها» ، وعلى الرغم من الصلة بين الانفعالات المعبر عنها وبين مسار الفصام التى تأكدت ، إلا أن فالون يحذر من أن «الفهم الحالى للطبيعة الدقيقة لوظيفتها التنبؤية محدود » (Falloon, op. cit.: 272) ، كما لاحظ أيضاً الحاجة إلى مزيد من البحث حول العلاقة بين الانفعالات المعبر عنها ، والحاجة إلى استمرار العلاج بالمهدئات العصبية (١) .

تقييم استراتيجيات التعامل

كثيراً مايذكر أن الإصرار السلوكى الذى يظهره المرضى الفصاميون ، يعبر عن محاولات للتوافق مع الاضطراب ، سواء بهدف تخفيف الكرب أو لخفض حالة الخلط . ودائماً مايتجاهل هذا الأمر فى التقييم الأكلينيكى . وقد اقترح أولئك الذين قاموا بدراسة الاضطراب العرقى أن تكون أساليب السلوك، مثل : بطء الإستجابة ، وضيق مجال الانتباه ، والانسحاب الاجتماعى ، وضعف الاستجابة اللفظية (فقر الحديث) معبرة فى بعض الأحيان عن محاولات لخفض آثار عدم السواء المعرفى (Hemsley, 1977) .

ويعرض الفصل السادس عشر دلالات وجهة النظر هذه فى مجال إجراءات التدخل ، التى تقوم على مبادئ التشريط . وهناك دلائل مهمة حالياً على وجود مثل هذه الإستراتيجيات التعامل ، فقد قام فالون وتالبوت Falloon and Talbot (1981) بإجراء مقابلات لأربعين مريضاً فصامياً مزمناً من غير المقيمين فى المستشفى ، من ذوى الهلاوس السمعية المستعصية وفحصا الأساليب المستخدمة فى التعامل مع الظواهر المقتحمة . وتضمنت ميكانيزمات التعامل المعتادة تغيرات فى النشاط ، وفى الاحتكاك بين الأشخاص ، وتعاملاً مع الإثارة الفسيولوجية ، وتحكماً فى الانتباه . وكان المرضى الأقل إعاقة من هلاوسهم المستعصية يستخدمون دائماً أساليب أقل ولكنهم وجدوا إستراتيجيات أثبتت أنها شديدة الفعالية ، وقد أشارت دراسات تالية (مثال ذلك Breier and Strauss, 1983;Tarrier, 1987) بالمثل إلى وجود إستراتيجيات تعامل تلقائية لدى أغلب المرضى . وبالتالى يصبح من المهم تقييم الإستراتيجيات المستخدمة على نحو شائع ومدى كفاءتها ، من منظور توفير إرشاد نظامى ، عندما يتعين استخدام أساليب تعامل معينة أفضل استخدام ، وستكون مثل هذه الأساليب للتدخل موضوعاً للاهتمام فى الفصل التالى .

(1) Neuroleptic.

References

Addington, D., Addington, J. and Schissel, B. (1990) 'A depression rating scale for schizophrenics', *Schizophrenia Research* 3: 247–51.

Andreasen, N. C. (1982) 'Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability', *Archives of General Psychiatry* 36: 1325–30.

Andreasen, N. C. (1984) *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*, Iowa: Dept. of Psychiatry, University of Iowa.

Andreasen, N. C. and Olsen, S. (1982) 'Negative v. positive schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 39: 789–94.

Baker, R. D. and Hall, J. N. (1983) *Rehab: a multipurpose assessment instrument for long stay psychiatric patients*, Aberdeen: Vine Publishing.

Bentall, R. P. (1992) 'Reconstructing psychopathology', *Psychologist* 5: 61–5.

Bleuler, E. (1950) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, New York: International Universities Press, (Originally published 1911.)

Breier, A. and Strauss, J. S. (1983) 'Self control in psychotic disorders', *Archives of General Psychiatry* 40: 1141–5.

Brett-Jones, J., Garety, P. A. and Hemsley, D. R. (1987) 'Measuring delusional experiences: a method and its application', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 257–65.

Brown, G. W., Monck, E. M. and Carstairs, G. M. (1962) 'Influence of family life on the course of schizophrenic illness', *British Journal of Preventive and Social Medicine* 16: 55–68.

Brown, G. W., Birley, J. L. T. and Wing, J. K. (1972) 'Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication', *British Journal of Psychiatry* 121: 241–58.

Cancro, R., Sutton, S., Kerr, J. and Sugerman, A. A. (1971) 'Reaction time and prognosis in acute schizophrenia', *Journal of Nervous and Mental Disease* 153: 351–9.

Chadwick, P. D. J. and Lowe, C. F. (1990) 'The measurement and modification of delusional beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 225–32.

Chapman, L. J. and Chapman, J. P. (1980) 'Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua', *Schizophrenia Bulletin* 6: 476–89.

Chapman, L. J. and Chapman, J. P. (1988) 'The genesis of delusions', in T. F. Oltmanns and B. A. Maher (eds) *Delusional Beliefs*, New York: Wiley, (167–83).

Chapman, L. J., Chapman, J. P. and Raulin, M. L. (1978) 'Body image aberration in schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology* 87: 399–407.

Depue, R. A., Dubicki, M. D. and McCarthy, T. (1975) 'Differential recovery of intellectual, associational and psychophysiological functioning in withdrawn and active schizophrenics', *Journal of Abnormal Psychology* 84: 325–30.

Drake, R. E. and Cotton, P. G. (1986) 'Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 148: 554–9.

Eckblad, M. and Chapman, L. J. (1983) 'Magical ideation as an indicator of schizotypy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 215–25.

Emerich, D. F. and Sanberg, P. R. (1991) 'Neuroleptic dysphoria', *Biological Psychiatry* 29: 201–3.

Falloon, I. R. H. (1988) 'Expressed Emotion: current status', *Psychological Medicine* 18: 269–74.

Falloon, I. R. H. and Talbot, R. E. (1981) 'Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management', *Psychological Medicine* 11: 329–34.

Farrell, A. D. and Mariotto, M. J. (1982) 'A multimethod validation of two psychiatric rating scales', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 273–80.

Garety, P. A. (1985) 'Delusions: problems in definition and measurement', *British Journal of Medical Psychology* 58: 25–34.

Garety, P. A. and Hemsley, D. R. (1987) 'Characteristics of delusional experience', *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 236: 294–8.

Giris, S. G. (1991) 'Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM IV', *Schizophrenia Bulletin* 17: 75–98.

Gray, J. A., Feldon, J., Rawlins, J. N. P., Hemsley, D. R. and Smith, A. D. (1991a) 'The neuropsychology of schizophrenia', *Behavioural and Brain Sciences* 14: 1–20.

Gray, J. A., Hemsley, D. R., Gray, N., Feldon, J. and Rawlins, J. N. P. (1991b) 'Schiz Bits: Misses, mysteries and hits', *Behavioural and Brain Sciences* 14: 56–84.

Guelfi, G. P., Faustman, W. O. and Csernansky, J. G. (1989) 'Independence of positive and negative symptoms in a population of schizophrenic patients', *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 285–90.

Hall, J. N. (1977) 'The content of ward rating scales for long stay patients', *British Journal of Psychiatry* 130: 287–93.

Hall, J. N. (1980) 'Ward rating scales for long stay patients: a review', *Psychological Medicine* 10: 277–88.

Hall, J. (1989) 'Chronic psychiatric handicaps', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford: Oxford University Press (315–38).

Hemsley, D. R. (1976) 'Problems in the interpretation of cognitive abnormalities in schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 129: 332–5.

Hemsley, D. R. (1977) 'What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms?', *British Journal of Psychiatry* 130: 167–73.

Hemsley, D. R. (1988) 'Psychological models of schizophrenia', in E. Miller and P. Cooper (eds) *Adult Abnormal Psychology*, London: Churchill Livingstone (101–27).

Hemsley, D. R. (1990) 'What have cognitive deficits to do with schizophrenia?' in G. Huber (ed.) *Idiopathische Psychosen*, Stuttgart: Schattauer (111–25).

Hemsley, D. R., Rawlins, J. N. P., Feldon, J., Jones, S. H. and Gray, J. A. (1993) 'The Neuropsychology of schizophrenia: Act 3', *Behavioural and Brain Sciences* 16(1): 209–15.

Herz, M., Szymanski, H. and Simon, J. (1982) 'Intermittent medication for stable schizophrenic out-patients: an alternative to maintenance medication', *American Journal of Psychiatry* 139: 918–22.

Honigfeld, G. and Klett, C. J. (1965) 'The nurse's observation scale for in-patient evaluation', *Journal of Clinical Psychology* 21: 65–71.

Hustig, H. H. and Hafner, R. J. (1990) 'Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood', *Journal of Nervous and Mental Disease* 178: 264–7.

Kraepelin, E. (1896) *Psychiatrie: Ein Lehrbuch fur Studierende und Aertze (5th edn)*, Leipzig: Barth.

Krawiecka, M., Goldberg, D. and Vaughan. M. (1977) 'A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychometric patients', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 55: 299–308.

Landmark, J. (1982) 'A manual for the assessment of schizophrenia', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, supplement 298, vol. 65.

Liddle, P. F. (1987) 'The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy', *British Journal of Psychiatry* 151: 145–51.

Lorr, M. and Vestre, N. D. (1969) 'The psychotic in-patient profile: a nurse' observation scale', *Journal of Clinical Psychology 25: 137–40.*

Margo, A., Hemsley, D. R. and Slade, P. D. (1981) 'The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations', *British Journal of Psychiatry* 139: 122–7.

Miles, C. P. (1977) 'Conditions predisposing to suicide', *Journal of Nervous and Mental Disease* 164: 231–46.

Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S. and Wade, J. H. (1991) 'Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology', *Psychiatry Research* 37: 281–96.

Neale, J. M. and Oltmanns, T. F. (1980) *Schizophrenia*, New York: Wiley.

Overall, J. E. and Gorham, D. R. (1962) 'The Brief Psychometric Rating Scale', *Psychological Reports* 10: 799–812.

Paul, G. L. and Lentz, R. J. (1977) *Psychosocial Treatments of Chronic Mental Patients: Milieu Versus Social Learning Programs*, Cambridge, Mass.: Harvard University.

Paul, G. L., Redfield, J. P. and Lentz, R. J. (1976) 'The inpatient scale of minimal functioning: a revision of the social breakdown syndrome gradient index', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 1021–2.

Power, C. T. (1974) 'The time sample behavioural checklist: observational assessment of patient functioning', *Journal of Behavioural Assessment* 1: 199–210.

Rattenburg, F. R., Harrow, M., Stoll, F. J. and Kettering, R. L. (1984) *'The Personal Ideation Inventory: on dimensions of delusional thinking*, New York: Microfiche Publictions.

Rosen, A. J., Turett, S. E., Davuner, J. H., Johnson, P. B., Lyons, J. S. and Davis, J. M. (1980) 'Pharmacotherapy of schizophrenia and affective disorders: behavioural correlates of diagnostic and demographic variables', *Journal of Abnormal Psychology* 89: 378–89.

Roy, A. (1982) 'Suicide in chronic schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 141: 171–7.

Rutter, M. and Brown, G. W. (1966) 'The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient', *Social Psychiatry* 1: 38–53.

Saccuzzo, D. P. and Braff, D. L. (1981) 'Early information processing deficit in schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 38: 175–179.

Shapiro, M. B. (1961) 'A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient', *British Journal of Medical Psychology* 34: 151–5.

Slade, P. D. (1972) 'The effects of systematic desensitization on auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 10: 85–91.

Spitzer, R. L. and Endicott, J. (1978) *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version (SADS-L)*, New York: New York State Psychiatric Institute.

Spitzer, R. L. and Fleiss, J. L. (1974) 'A re-analysis of the reliability of psychotic diagnosis', *British Journal of Psychiatry* 125: 341–7.

Strauss, J. and Carpenter, W. (1972) 'The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome', *Archives of General Psychiatry* 27: 739–46.

Subotnik, K. L. and Nuechterlein, K. H. (1988) 'Prodromal signs and symptons of schizophrenic relapse', *Journal of Abnormal Psychology* 97: 405–12.

Tarrier, N. (1987) 'An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 141–3.

Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.

Westermeyer, J. F., Harrow, M. and Marengo, J. T. (1991) 'Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders', *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 259–66.

Wing, J. K., Cooper, J. E. and Sartorious, N. (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Cambridge: Cambridge University Press.

Wykes, T. and Sturt, E. (1986) 'The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS', *British Journal of Psychiatry* 148: 1–11.

Wykes, T., Sturt, E. and Katz, R. (1990) 'The prediction of rehabilitative success after three years', *British Journal of Psychiatry* 157: 865–70.

Wykes, T., Katz, R., Sturt, E. and Hemsley, D. R. (1992) 'Abnormalities of response processing in a chronic psychiatric group: a possible predictor of failure on rehabilitation programmes', *British Journal of Psychiatry* 160: 244–52.

Zahn, T. P. and Carpenter, W. T. (1978) 'Effects of short term outcome and clinical improvement on reaction time in acute schizophrenia', *Journal of Psychiatric Research* 14: 59–68.

Zubin, J. and Spring, B. (1977) 'Vulnerability – a new view of schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology* 86: 103–26.

الفصل السادس عشر

علاج الفصام

Schizophrenia : Treatment

David R. Hemsley ديڤيد ر. هيمسلى

الفصل السادس عشر

عـــــلاج الفصـــــام

ديڤيد ر. هيمسلى David R. Hemsley

مقدمة :

هناك عدد من الطرق التى يمكن أن تنظم بها مناقشة المناحى النفسية المختلفة فى علاج أعراض الفصام . وستبدأ هذه المراجعة بالاهتمام بالتراث المتنامى للأساليب المعرفية السلوكية العريضة لعلاج الأعراض الموجبة للفصام . وتبدو بعض أساليب التدخل واعدة ، على الرغم من أن القدر الأكبر منها كان بحوثاً تتضمن تقارير دراسة حالة أو سلاسل من الحالات ، بدلاً من دراسات مضبوطة . وسيظهر من خلال هذا السياق أهمية قضية ما إذا كان التأكيد فى العلاج يتعين أن يكون على التدريب على استراتيجيات التعامل الفعال أم على إزالة الخبرات غير السوية .

وستتناول الأقسام التالية التدخل العائلى ، وبرامج تدبر السلوك الفردية والجماعية ، والتدريب على المهارات الاجتماعية . وقد تم فحصها جميعها بطريقة نظامية . وهناك تطور حديث يثير الانتباه ، هو محاولة تعديل العجزالمعرفى البارز فى الفصام ، على الرغم من أن النتائج غير حاسمة فى الوقت الراهن .

وقد أصبح من الواضح بقدر متزايد فى علاج المرضى ممن شخصوا على أنهم فصاميون ضرورة أن يتم التعامل الجوهرى مع أبعاد الأعراض المرضية مثل الاكتئاب والقلق ، واللذان لايعتبران «الظواهر المحورية» فى الاضطراب . وبالتأكيد فإن النتائج المُرضيه قد تعتمد أكثر على تعديل مثل هذه الاضطرابات، منها على الظواهر الذهانية ذاتها . وقد تكون الأساليب التى استخدمت بنجاح مع المرضى غير الفصاميين جيدة للغاية ، غير أن المرء لايستطيع أن يفترض أن « العلاقات الوظيفية نفسها يمكن علاجها بأساليب العلاج نفسها دون اعتبار لما إذا كان الشخص يعرض المشكلة بمعزل عن ... أو فى علاقتها بالكثير من المشكلات الأخرى التى يمكن أن تسمح بتصنيف الشخص فى فئة تشخيصية مختلفة» (Paul, 1974 : 197-8) .

العـــلاج الدوائـــى

يتعين النظر إلى الأساليب النفسية فى علاج المرضى الفصاميين ، فى إطار العلاج الدوائى الشامل بمضادات الذهان ، فى المرحلة الحادة للاضطراب على الأقل . وقد أوضح عدد كبير من الدراسات المضبوطة أن لمثل هذا العلاج تأثيراً مفيداً على الكثير من مرضى الفصام الحاد . وعلى الرغم من ذلك ، فإن بعضهم لايستجيب له بطريقة حسنة . وكان من بين من أخرجوا من المستشفى من ظلت لديهم بشكل دائم آفات إجتماعية ومهنية خطيرة ، وهو الأمر الذى يشير إلى الحاجة الماسة لأساليب علاجية إضافية . علاوة على ذلك ، فبالإضافة إلى الخصائص المضادة للاكتئاب فى العقاقير المهدئة عصبيًا ، فإنها تؤدى

إلى عدد من الآثار الجانبية ، والتى يمكن لبعضها مثل اختلال البطء الحركى [1] أن يبرهن على أنه غير قابل للشفاء . وفى هذه الحالة يتطلب استخدام الدواء على فترة زمنية ممتدة حرصاً شديداً .

وتشير مراجعة جاردوس وكول Gardos and Cole (1976) إلى أن «الفينوثايزينات» [2] تمنع الانتكاسات الخطيرة فى حالة ٤٠٪ من المرضى الفصاميين الخارجيين . بينما يظل بقيتهم فى حالة جيدة دون مواصلة تعاطى الدواء . وبهذا يكون تحديد هذه المجموعة الاخيرة قد اعتمد على المرضى ، ممن منحوا فترة خالية من استخدام الدواء ، ويعالج أى تدهور بالعودة إلى الدواء . وكما سبق أن أشرنا فى الفصل السابق ، قد تتفاعل البيئة التى يعود إليها المريض مع تأثير العقاقير المضادة للذهان ، ولهذا الأمر قيمته بالنسبة لأولئك ، الذين عادوا إلى بيوت توجد بها تعبيرات انفعالية ، ذات مستوى مرتفع (Vaugh and Leff, 1976). وقد قدم هيرش Hirsch (1986) مناقشة تفصيلية لهذه القضايا .

نتيجة لهذا تستخدم العقاقير المضادة للذهان دائماً مع تنوع من أساليب العلاج النفسى . وبصفة عامة يتقرر هذا التدخل الأخير بمجرد الحصول على التأثيرات المُثلى الناتجة عن الدواء ، ثم تُقيم المشكلات المتبقية أو الإضافية ، فالمهدئات قد تؤدى فى كثير من الأحيان إلى زيادة استجابية المرضى لإجراءات معينة ، مثل التدريب على المهارات الاجتماعية . وقد يمكن إعزاء ذلك جزئياً إلى انخفاض عدم التنظيم المعرفى الذى يلى العلاج الدوائى .

ويذكر تقرير لهيرسن وزملائه Hersen et al.(1975) حول حالة فشل فيها المريض فى الاستجابة لبرنامج المكافآت الرمزية [3] ، و لعلاج جمعى للمهارات على مدى الشهر الأول من إقامته فى المستشفى ، أنه أصبح قادراً على الإفادة من كليهما بعد تناوله للعلاج .

وقد تكون هناك مشكلات تتعلق بإذعان المريض للعلاج الدوائى ، كما يحدث فى مواقف أخرى . وعلى الرغم من إمكان الإقلال من هذه الصعوبات باستخدام الحقن بالمهدئات طويلة المفعول ، إلا أنه يمكن استخدام الأساليب النفسية لزيادة الإذعان لتناول الدواء .

الأساليب المعرفية ـ السلوكية لعلاج الأعراض المرضية الموجبة .

الهذاءات [4]

قام واتس وزملاؤه Watts et al. (١٩٧٣) بمحاولة لتعديل الهذاءات لدى ثلاثة مرضى فصاميين برانويديين مزمنين . وتم التركيز على المعتقدات التى يعترف بها المريض عند سؤاله ، وليس على الحديث التلقائى عن الهذاءات . وقد تم الإقلال من أسلوب المواجهة ، واستخدم نظامًا متدرجًا [5] حيث بدأ علاج أقل أجزاء هذاءات المريض قوة أولاً . ولم يكن مطلوباً من المريض أن يتنازل عن معتقداته الشخصية ، بل مجرد أن يفكر فى الحقائق المتصلة بها والحجج حولها . وبمجرد ظهور عدد من الأدلة الممكنة المناقضة للمعتقدات ، يتم تشجيع المرضى على الجهر بها ، وحيث يقوم المعالج بالتصديق على هذه التعبيرات وتقديم التفاصيل حولها . وقد أظهر المرضى الثلاثة انخفاضاً جوهريًا فى قوة معتقداتهم الهذائية بعد ست جلسات ، على الرغم من عدم تنازلهم عنها كلية .

---

(1) Tardive dyskinesia.
(2) Phenothiazines.
(3) Tokens.
(4) Delusions.
(5) Hierarchy.

وقام ميلتون وزملاؤه .Milton et al بفحص تأثيرات نمطين متعارضين من أنماط التدخل اللفظى، باستخدام عينة كبيرة من مرضى الهذاء المستعصى، بأسلوب لتعديل المعتقدات مشابهة لذلك الذى استخدمه واتس وزملاؤه (1973) .Watts et al، وقورن بأسلوب المواجهة [(١)] وبدأ استخدام الأسلوب الأخير مع أكثر المعتقدات قوة لدى المريض ، وكان على المعالج أن يكون حاسماً ومتسقاً ويرفض ، لكن بأدب شديد معتقدات المرضى (Milton et al., 1978:128) . وأدى كل من الأسلوبين إلى خفض ضئيل فى قوة الهذاءات بعد خمس جلسات . وكان هناك انخفاض آخر بعد ستة أسابيع أخرى ، لدى مجموعة تعديل المعتقدات بما يزيد من إمكانية بدء حدوث تغير ، يمكن أن يستمر بعد اكتمال هذا النمط من العلاج . ولم يظهر أحد من أفراد هذه المجموعة زيادة فى مقدار الاضطراب الكلى ، كما قيس بمقياس التقديرات السيكياترية المختصر [(٢)] . وعلى النقيض من ذلك ، ارتفعت درجات سبعة مرضى من مجموعات المواجهة على مقياس التقديرات السيكياتريه المختصر بعد الجلسة الخامسة . وظلت هذه الزيادة لدى أثنين منهما لمدة ستة أسابيع . وذكر الفورد (1986) Alford أيضاً دراسة حالة ، استخدم فيها تدخلاً معرفياً ذا آثار جوهرية على المعتقدات الهذائية التى استمرت على مدى ثلاثة أشهر من المتابعة . كما أظهرت دراسة ضخمة قام بها شادويك ولو (1990) Chadwick and Lowe إمكان تحقيق انخفاض حقيقى فى الإقتناع بالمعتقدات الهذائية فى عدد قليل نسبيًا من الجلسات . وتتضمن مكونات هذا العلاج تحدياً لفظيًا محدد البنية ، باستخدام أسلوب يخلو من المواجهة (قارن Milton et al., 1978) . وقد تلى ذلك مرحلة من إختبار الواقع ، حيث يوافق فيها المريض على اختبار معتقداته الهذائية . ومن بين المرضى الستة رفض اثنان منهما تماماً معتقداتهما ، وخفض الثلاثة الآخرون من اقتناعهم بمعتقداتهم خفضاً جوهرياً . وبعد ستة أشهر من المتابعة كان هناك دليل على استمرار التأثير العلاجى ومن المثير للشغف أن الاستجابة الأولية لدى المرضى للتناقض الفرضى مع معتقداتهم أظهر أنه منبىء بالنتائج (قارن الفصل ١٥) .

وبينما ركزت كل الدراسات السابق الإشارة إليها على المعتقدات الهذائية ، استخدمت دراسات أخرى إجراءات للتشريط الفعال [(٣)] لتعديل الحديث الهذائى . وعلى الرغم من ذلك كان هناك خطر واضح يتمثل فى المساواة بين وجود أو غياب عرض ما بناء على التعبير اللفظى عنه . وفى دراسة حالة مبكرة قام بها ريتشارد وزملاؤه (Richard et al., 1960) لمريض عبر عن أفكاره الهذائية ، استخدم أسلوب التصديق الاجتماعى للحديث غير الهذائى فى مواقف فردية . وعلى الرغم من ظهور زيادة فى المناقشات المعقولة التى قام بها المريض ، إلا أن حدوث تغييرات فى الموقف التنبيهي تلاها تدهور شديد . وعلى الرغم من ذلك ، وعلى امتداد عامين من المتابعة تحت ظروف التدريب الأصلى ، تبين استمرار المكاسب العلاجية . تلى ذلك قيام أيلون وهوتون (1964) Ayllon and Houghton بالجمع بين التعزيز الإيجابى [(٤)] والإطفاء فى التعامل مع الحديث الهذائى . وقد أوضحا فى البداية أنه كان يمكن زيادة نسبة الحديث الهذائى بواسطة هذه الأساليب ، ثم تمكنا بواسطة عكس التوافقات المحدثة له إلى التوصل إلى انخفاض حاد فى الحديث الهذائى بنسبة مستقرة ، تصل إلى ١٥ فى المئة وكانت فى البداية ٥٠ فى المئة . وقام وينسز وزملاؤه (1972) .Wincze et al باختبار تأثير المكافآت الرمزية [(٥)] والعائد [(٦)] على الحديث الهذائى لدى

---

(1) Confrontation.
(2) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
(3) Operant Procedures.
(4) Positive Reinforcement.
(5) Tokens.
(6) Feedback.

مجموعة من المرضى الفصاميين البرانويديين المزمنين . وعلى الرغم من أن كلاً من الأسلوبين أديا إلى خفض فى الحديث الهذائى خلال الجلسات التجريبية بالنسبة لأغلب المرضى ، إلا أنه لم يحدث تعميم تلقائى للتحسن فى مواقف الجناح . كما لم يتمكن الأطباء النفسيون المستقلون من ملاحظة أى تغيرات فى هذاءات المرضى أو فى وضعهم العقلى . وعلى الرغم من ذلك ، فقد أدى التدريب التعميمى فى الجناح لمجموعة فرعية من المرضى لإظهار نصفهم تحسناً جوهرياً .

وقام ليبرمان وزملاؤه Liberman et al. (1973) بعلاج أربعة مرضى اضطهاديين مزمنين فى جلسات يومية ، استمرت فقط إلى أن تكلم المريض بطريقة مناسبة . وقد استخدم «دردشة» (١) ليلية بمثابة مدعم ، واعتمد طولها على مقدار الحديث المعقول الذى يظهر فى الجلسات اليومية . وقد حدث تحسن درامى بعد خمسة عشر جلسة فى الجلسات اليومية مع قدر من التعميم فى الدردشة المسائية ، وعلى الرغم من ذلك استمرت التعبيرات عن الهذاءات بالمعدل نفسه أثناء التفاعلات المعتادة فى الجناح . وبالتالى ، يبدو من الواضح أنه على الرغم من أن الإجراءات الفعالة قد تؤدى إلى خفض فى الحديث الهذائى فى أثناء جلسات العلاج ، إلا أن ذلك لايكون كاملاً ، ونادراً مايحدث تعميم تلقائى . ولاتتوفر أدلة على تعديل فى معتقدات المرضى نتيجة لمثل هذا التدخل ، يضاف إلى ذلك أن أغلب الدراسات كانت تجرى على مرضى لديهم هذاءات نظامية متماسكة ، وليس على هذاءات من تلك التى تتغير باستمرار .

الهـــلاوس

بصفة عامة تستجيب الهلاوس السمعية جيداً لعقار الفينوتايزين (٢) على الرغم من أن الأمــر لايكون هكذا دائماً . وقد جرت محاولات قليلة نسبياً لتعديل مثل هذه الخبرات باستخدام أساليب بديلة . وكانت إحدى المشكلات الرئيسية هى إعتماد الباحثين فى أغلب الأحوال على التقارير اللفظية ، التى تشير إلى الخبرات المرضية. ومن الواضح أن تقارير المرضى يمكن ـ بسهولة نسبية ـ أن تتعدل دون حدوث أى تغير فى الخبرة المتضمنة . وعلى الرغم من أن البعض (مثال ذلك Haynes and Goddy, 1978). استخدم السلوك الهلوسى (٣) من ذلك الكلام والغمغمه ، التى لايبدو أنها استجابة لأى منبه قابل للتحديد ـ بوصفه متغيرهم المستقل ـ إلا أن العلاقة بين هذا المتغير وتكرار الخبرة الشاذة قد تكون محدودة .

وقدمت دراسة قام بها سلاد Slade (1972) عرضاً لاستخدام تحليل وظيفى دقيق ، بهدف استخلاص برنامج علاجى للهلاوس السمعية المستعصية . وقد طُلب من المريض أن يسجل ظهور الأصوات التى يسمعها ، وأن يقدر عدداً من الحالات المزاجية والظروف البيئية . وقد تبين أنه كان اميل لتسجيل الهلاوس عندما يكون فى حالة مرتفعة من الإستثارة ، وفى بيئة ذات تنبيهات قليلة نسبياً . وبناء على فحص المواقف ، التى تستثير التوتر ، تم وضع مدرج لها وأجرى تسكين منظم . وقد أدى ذلك إلى انخفاض فى تكرار الخبرات الهلوسية . وفى تقرير حالة تال ، (Slade, 1973) أمكن استعادة النتائج نفسها بكل دقة ، على الرغم من أن التسكين فى المواقف الحية (٤) كان ضرورياً . وقد أشار الومبا Alumbaugh (1971) إلى نجاح استخدام التسكين المنظم ، إلا أن لامبلى Lambley (1973) يحذر من ضرورة الانتباه لاحتمال ظهور أساليب سلوكية شاذة ، عندما يستخدم هذا الأسلوب العلاجى القائم على علاج عرض منفرد .

(1) Chat.
(2) Phenothiazine.
(3) Hallucinatory behavior.
(4) invivo.

وكثيراً مايذكر أن الأساليب التشريطية الفعالة ذات كفاءة فى علاج الهلاوس الذهانية . من ذلك أن روتنر وباجل (1969) Rutner and Bugle طلباً من مريضة فصامية ، أن تسجل تكرار حدوث الهلاوس السمعية لمدة ثلاثة أيام ، ثم عرضها عليها بعد ذلك بطريقة علنية رسماً بيانياً لتكرار هذه الهلاوس ، وقد توافق الثناء والاهتمام مع الانخفاض فى الهلاوس التى تضمنتها التقارير . وقد حدث انخفاض حاد فى الهلاوس ، قبل بدء تأثير التدعيمات المصاحبة ، ثم انخفضت بعد ذلك إلى الصفر ، ولم تسجل أية هلاوس على امتداد ستة أشهر من المتابعة ، وبالتالى فمن الصعب معرفة السبب فى تغير تقارير هذه المريضة .

استخدم أيضاً أسلوب الإبعاد (١) (أو العزل) فى محاولة لخفض الهلاوس (Haymes and Goddy, 1973) وتضمن إبعاد المريضة عن بيئتها الاجتماعية السوية ، ووضعها فى مكان منعزل عبارة عن حجرة صغيرة غير مؤثثة لمدة عشرة دقائق ، وكان الهدف العلاجى هو ، كما أشير إلى ذلك من قبل خفض السلوك الهلوسى ، وقد تحقق خفض جوهرى فى هذا السلوك بعد خمسة وثلاثين يوماً ، غير أنه لاتوجد تقارير متابعة لهذه الحالة .

وقد أُستخدم أسلوب مشابه فى دراسة حالة ، قام بها بلشر Belcher ، حيث ارتبطت أشكال سلوكية غير مرغوبة بالخبرة الهلوسية أفضت إلى ممارسات عارضة متوسطة الضرر : (Belcher, 1988 : 70) .

وقد تحقق خفض ملحوظ فى هذه السلوكيات ظل على مدى عام من المتابعة. وقد لاحظ فوناجى وسلايد (1982) Fonagy and Slade أن تقديم ضوضاء خفيفة متزامنة مع التقارير الهلوسية ،التى يقدمها المريض يؤدى إلى خفض فى تكرارها ، وقد لوحظت خصائص تعميمية لدى المرضى الذين عولجوا.

واستخدم وينجرتنر (1971) Weingaertner ، فى واحدة من الدراسات القليلة المضبوطة فى هذا المجال ، ثلاث مجموعات متطابقة من المرضى ، لديهم جميعاً خبرات هلوسية . وقدم لمجموعتين منهما صناديق صادمة (٢) وطلب منهم أن يعرضوا أنفسهم لصدمة عندما يسمعون أصواتاً . ولم يكن التيار الكهربائى متصلاً بالصناديق الصادمة بالنسبة لمجموعة من هاتين المجموعتين . وبالتالى لايتعرضون لصدمات ، ولم تتلق المجموعة الثالثة أى علاج ، وقد انخفضت تقارير المجموعات الثلاثة بالدرجة نفسها .

ودلالات هذه التجربة غير واضحة ، وقد أدت الدراسات المضبوطة إلى نتائج سلبية ، بينما توحى دراسات الحالة أن عدداً من الإجراءات قد يؤدى إلى تناقص التقارير الهلوسية . وباستخدام الكثير من التبريرات يمكن النظر إلى أولئك الذين يستخدمون إجراءات غير فعالة (مثال ذلك (Slade, 1977) ، باعتبارهم أثروا فى الخبرة الإدراكية . ويرى سلايد وبنتال (١٩٨٨) Slade and Bentall أن هناك ثلاث عمليات تغير ، يمكن أن تكون فعالة فى هذه الاستراتيجيات العلاجية المتنوعة : الأولى هى التركيز على مراقبة الذات خلال الخبرة الهلوسية ، والثانية هى خفض القلق ، والثالثة هى التشتيت .

ويبدو أن الدراسات التى تستخدم الإجراءات الفعالة أقل إقناعاً ، وتثير قضايا أخلاقية واضحة . وأحياناً مايكون الانخفاض فى تقارير الخبرات الهلوسية والسلوك المرتبط بهذه الخبرات بمثابة عامل مساعد فى إعادة التأهيل . وكما لاحظ العيسى Al-Issa فإن مثل هذه الأساليب للتدخل يجب أن تراقب – على الرغم من ذلك وعن قرب – التأثيرات المحتملة غير المرغوبة لبرامج التأهيل ، وعلى وجه الخصوص مقدار الكرب الذى قد يعانيه المريض .

(1) Time-Out.
(2) Shock boxes.

الإستراتيجيات المعرفية السلوكية العامة

أدت النتائج المشجعة بدرجة متوسطة والتى توصلت إليها أساساً المحاولات المحدودة وغير المضبوطة ، والتى أشير إليها فيما سبق إلى تطوير حزم علاجية ذات أسس عريضة تتضمن الكثير من هذه الأساليب ، ومن أمثلتها : دراسات كيندون وتوركينجتون Kindon and Turkkington (1991,a) وفولر Fowler (1991) ، والأخير تطوير لمنحى علاجي سابق (Fowler and Morley, 1989) ويتشابه الدليل العلاجى لكل منهما مع الآخر فى الكثير من الخصائص المهمة . وقد أورد كيندون وتوركينجتون (1991,b) نتائج واعدة فى دراسة غير مقننة لعدد أربعة وستين مريضاً ، أحيلوا إليهما على التتابع ؛ وكان الأسلوب العلاجى مقبولاً من كل من المرضى وأقربائهم . وقد ظل أعضاء المجموعة يتلقون مستوى منخفضًا من العلاج بالعقاقير ، ولم يُطلب إلا الحد الأدنى من الأقامة بالمستشفى .

ويشدد كل من الدليلين على الحاجة إلى مناقشة وتفسر أعراض الفصاميين المرضية ، وعلى أهمية تحديد نذر الانتكاس الذهانى . وبالإضافة إلى استخدام أساليب تغيير المعتقدات الموجه إلى هذاءات وهلاوس المرضى ، هناك تأكيد متزايد على أهمية تطوير أساليب تعامل فعالة مع الخبرات غير السوية ، بدلاً من تجاهلها . ومن الواضح أن الكثير من المرضى يطورون تلقائياً مجموعة من استجابات التعامل (مثال ذلك Breier and Strauss, 1983; Fallon and Talbor, 1981) . ويشكل التطبيق المنظم لهذه الأساليب التى برهنت على فعاليتها جزءاً من التدخل . وقد قدم الان وباس Allen and Bass (1992) مثالاً حديثاً لهذا المنحى .

ويوجد بالمثل اعتراف متزايد بأهمية أن تتجه الأساليب النفسية إلى القلق والاكتئاب ، اللذين غالبًا مايكونان بارزين لدى من يشخصون على أنهم فصاميون . ولايوجد سبب يدعو إلى الإعتقاد أن الاستراتيجيات المعرفية المعيارية ستكون غير فعالة مع هذه الفئة . وتشير مؤشرات الانتحار لدى هؤلاء المرضى (انظر : Westermayer et al., 1991) فى ارتباطها بالخصائص المعرفية للاكتئاب (انظر الفصل ١٥) إلى أهمية التقييم والتدخل النفسى . ولهذا يؤكد دليل فاولر على أهمية تعرف احتمالات الانتحار ، أو إيذاء الذات فى سياق الخبرات الذهانية ، والتى تنتج عن التقييم العقلانى لظروف الحياة والمعنويات المنخفضة بصورة متطرفة .

تعديل الشذوذ فى صورة الحديث

عادة مايوجد تمييز بين تعبير الهذاءات ــ أى الاضطراب فى مضمون الحديث ــ وبين الشذوذ فى صورة الحديث ، وهناك خاصية إضافية لدى بعض الفصاميين ممن يعانون من ندرة الكلام ، والتى تُعد فى أكثر حالاتها تطرفاً معبرة عن التوحدية [١] .

وقام ميكانبوم Meichenbaum (1969) بتعزيز للاستجابات المتعلقة والمتماسكة لسؤال معين ، وتجاهل وعاقب أو تجاهل عدم التعلق وعدم التماسك أو الإجابات الهائمة . وقد استخدمت مجموعتين من المدعمات ، وتلقت المجموعة الأولى تدعيماً إجتماعيًا للاجابات الصحيحة ، وردود أفعال اجتماعية سلبية للإجابات الخاطئة ، ونُظمت المجموعة الثانية وفق نظام ، يعتمد على المكافآت الرمزية [٢] . وقد تحسنت المجموعتان أكثر فى السلوك المعين ، الذى كان موضوعاً للتدريب بالمقارنة بمجموعة ضابطة ، كما أظهرتا

---

(1) Autism.
(2) Token economy.

تغيراً كبيراً على المقاييس العامة للتفكير .

وقد ترتب على ذلك قيام ميكانبوم وكاميرون Meichenbaum and Cameron (1973) بتطوير أسلوب جديد ، وهو «تدريب الفصاميين على الحديث مع أنفسهم» . وكان المجرب يبين للمريض كيف يفكر بصوت مرتفع ، وكيف يستخدم هذا التفكير فى حل مشكلة . ثم يقوم المريض أو المريضة بكتابة نسخة من هذه الإجراءات ويتم تعليمه تدريجيًا كيف يجعلها جزءاً من ذاته [يستدمجها] ، ثم يحاول المعالج بعد ذلك جعل المريض حساساً للمؤشرات التفاعلية التى تشير إلى أن حديثه غير متماسك ، وأن يستخدم هذه المؤشرات كعلامة لبدء تعليم نفسه وتغيير سلوكه . وقد أدى هذا البرنامج إلى انخفاض كبير للغاية فى الحديث غير المتماسك ، أكثر مما تحقق لدى مجموعة ضابطة تلقت دعماً اجتماعيًا فقط .

وقد أُستخدم إجراء مشابه فى حالة تالية ذكرها مايرز وزملاؤه Meyers et al. (1976) ، وحيث استخدمت تعليمات ذاتية من النوع الآتى ، قدمت للمريض على التوالى واحدة أو اثنتان منها فى كل جلسة: «يجب أن انتبه» ، «يعتقد الناس أن الهذيان من الجنون . لن أهذي» . وقام المعالج بعرض استخدام التعليمات الذاتية بصوت مرتفع ، مع الاستجابة المناسبة لسؤال . وبعد القيام بثلاثة عروض ، يقوم المريض بالتقليد إلى أن يتمكن من القيام بالأداء ثلاث مرات متتالية بصورة مناسبة . وقد أعيد هذا الأسلوب مع تعليمات ذاتية يجرى الهمس بها ، ثم تستبدل بها تعليمات ذاتية صامتة . وكان الانخفاض الملحوظ فى تكرار الحديث غير الملائم فى المواقف التعميمية والسلوك اللفظى المتحسن مسئولين بشكل مباشر عن قرار صرف المريض من المستشفى . وعلى الرغم من ذلك ، فقد فشل باحثون آخرون فى الحصول على هذه النتائج (مثال ذلك : Margolis and Steinberg, 1976) .

وهناك تقارير عديدة عن محاولات تقويم حديث الفصاميين . مثال ذلك أن شيرمان Sherman (1965) استخدم مدعمًا وإجراء للتقليد مع ثلاثة مرضى ذهانيين ، كان لأحدهما تاريخ يمتد ثلاثة وثلاثين عاماً من الصمت ، والأخران صامتان تماماً تقريباً ، وعلى الرغم من تحقق بعض النجاح فى مهام مثل تسمية الأشياء والإجابة بصورة مناسبة عن أسئلة المعالج ، إلا أن هذه الاستجابات كانت تميل لأن تكون من كلمة أو اثنتين فقط . وتوضح هذه الدراسة والدراسات التالية مشكلة الانتقال من مرحلة الكلمة الوحيدة إلى مرحلة استخدام اللغة المركبة فى التواصل . ومن المؤكد أن البعض اعتقد أن فقر الحديث هو أحد أساليب التوافق مع الاضطراب الحاد فى التفكير . وبالتالى ، وعلى الرغم من إمكان تحقيق قدر من الكلام ، إلا أن الحديث المتماسك قد يبرهن على أنه أكثر صعوبة بكثير . وقد كتب بيكر Baker عن استخدام الإجراءات الفعالة (*) لتقويم الحديث ذاكراً «أنه بالنسبة لبعض المرضى يشبه الحديث الحركة ، وهو يصدر بهدوء وبطريقة آلية ، ويمكن التنبؤ بمضمونه وشكله ، ويمكن إجراء تشريط للكثير منه الذى لايتضمن تفكيراً » (Baker, 1971:333) .

وقد لاحظ جيلكمان وزملاؤه Glickman et al. (1974) أيضاً وجود مشكلات ، وحيث كانت الإجراءات الفعالة مؤثرة فى زيادة القدر الكبير من المعطيات اللفظية ، ولكن من خارج فئة الإجابة التى سبق تدعيمها . وقد ذكر فراسر وزملاؤه Fraser et al. (1981) أنجح استخدام لأساليب تعديل السلوك فى علاج فصامى صامت على مدى ٤٨ عاماً .

(*) Operant. والمقصود هنا إجراءات التشريط الفعال (المترجم)

وتضمن الأسلوب استخدام طرق التشكيل [١] ، التنبيه [٢] ، والنمذجه [٣] ، والتضاؤل التدرجى[٤]، وأساليب التدعيم والإطفاء ، وبعد ستة عشر جلسة أصبح المريض يغمغم بالكلمات والجمل غير المتماسكة ، ونطق أول كلمة بسيطة فى الجلسة الثالثة والثلاثين ، ونطق أول جملة كاملة فى الجلسة التاسعة والستين . وبعد أربعين ساعة من العلاج كان يستطيع استخدام جمل فى الإجابة عن الأسئلة . وتبين هذه الدراسة أنه لايكفى تدعيم الكلمات المفردة فقط وتوقع أن يبزغ استخدام الجمل تلقائياً .

التدخـــل الأســـرى

جرت محاولات متعددة للتدخل السلوكى فى الموقف الأسرى كانت لها نتائج مختلطة ، وقد ذكر بعض المؤلفين مثل هدسون Hudson (1975) الصعوبات التى تواجه هذا الأمر ، والتى تتضمن الخوف من استجابات المريض فى حالة ما إذا كانت هناك حاجة لتطبيق برنامج للتدعيم الإنتخابى ، ويُقيم الأقارب على أنهم غير قادرون على المشاركة ، كما أن الأهداف العلاجية المقترحة لاتحظى بموافقة الأسرة، بالإضافة إلى عدم إذعان المريض ، والإنشغال بأن النكسة ستحدث إذا استخدمت اجراءات إعادة تأهيل مكثفة . ويعكس كل هذا جزئياً الصعوبات العامة عند استخدام الأساليب الفعالة مع الفصاميين ، والتى ستناقش فيما بعد من حيث احتمال فشلها فى الأخذ فى حسبانها الحالة السلوكية السابقة ، بمافى ذلك القلق والهذاءات والهلاوس ونتائجها غير الظاهرة ، مثل شفاء القلق .

وقدم باحثون آخرون (مثل : Cheek et al., 1971) نتائج أكثر إيجابية ، وقد استهدفوا مساعدة الوالدين على ملاحظة سلوك المريض بشكل أفضل ، وعلى سلوكهم فى التفاعلات الأسرية والعلاقة بينهما . وقاموا بعد ذلك بتعليم الوالدين كيف يحافظون على سلوك معين أو يعدلونه من خلال التطبيق المنظم للمكافأة والعقاب ، وأُستخدمت أساليب ، من بينها : المحاضرات ، والأفلام ، ولعب الأدوار ، وتقارير تقدم المجموعة والمناقشات ، والمهام المنزلية . وعلى الرغم من عدم استخدام مجموعة ضابطة ، فقد أظهرت مجموعة من الفصاميين فى طور النقاهة تحسناً فى عدد من مجالات الوظائف بما فى ذلك أعمال المنزل الروتينية ، وانخفاضاً فى السلوك العدائى ، وزيادة فى المشاركة الاجتماعية . ووفقاً لما قررته الأسر ، فقد كانت الفائدة الكبرى المحققة هى الامكانية التى أتيحت لها لمقابلة الآخرين من أصحاب المشكلات المشابهة، ومشاركتهم المعلومات الخاصة بطرق معاملة المرضى .

وقامت دراسات عديدة ، فى ضوء العلاقات ، التى اتضحت بين الانفعالات المعبر عنها من جانب الأقارب ، والمترتبات الصادرة عن المرضى الفصاميين المقيمين معهم (الفصل ١٥) ، وتأسيساً على هذه العلاقة صممت استراتيجيات للتدخل الأسرى . وقد اختار ليف وزملاؤه Leff et al. (1982) مجموعة من المرضى الفصاميين من ذوى الصلة الوثيقة بأقارب من أصحاب التعبيرات الانفعالية الشديدة . وقد صنف كل المرضى والذين كانوا جميعاً تحت العلاج الدوائى فى مجموعتين ، تلقت إحداهما الرعاية المعتادة للمرضى الخارجيين ، وطبقت على المجموعة الثانية حزمة من التدخلات العلاجية تضمنت :

١) برنامج تعليمى حول الفصام .

٢) مجموعة أقارب (كانت تقابل أساساً كطريقة للجمع بين الأقارب شديدى التعبير عن الانفعالات

---

(1) Shaping.
(2) Prompting.
(3) Modeling.
(4) Fading.

ومنخفضى التعبير ؛ بهدف إلغاء أنماط تعبير المجموعة الأولى . كما كان من المأمول فيه أيضاً مواجهة إحساس العزلة الذى يشعر به الكثيرين من أقارب الفصاميين) .

٣) جلسات أسرية كان الهدف منها خفض الانفعالات المعبر عنها ، والاتصال الاجتماعى أو أحدهما بواسطة مجموعة من الأساليب . وكان معدل الانتكاس فى المجموعة الضابطة ٥٠ فى المئة مقارنة بـ ٩ فى المئة فى المجموعة التجريبية . وقد انخفضت الانفعالات المعبر عنها ، والتواصل وجهاً لوجه أو أحدهما بنسبة ٧٣ فى المئة لدى الأسر التى تلقت العلاج . وبالتالى تبدو هذه الدلائل موحية بالدور السببى للإنفعالات المعبر عنها فى انتكاس الفصاميين . وبعد عامين من المتابعة انخفضت هذه النتائج المؤثرة بدرجة قليلة . فقد تعرض ٤٠ فى المئة من مجموعة العلاج لنكسات مقارنة بـ ٦٨ فى المئة فى المجموعة الضابطة . وذلك على الرغم من وجود صلة علاجية فى الحد الأدنى بين الفريق والأسر على امتداد الشهور التسعة الأولى . وقد يكون من المناسب بدرجة أكبر العمل على أساس الاستمرار مع الأسر وفقاً لما يقترحه تريير وزملاؤه (1986) Tarrier et al. .

وقد قدم لام (1991) Lam مراجعة للدراسات الكبرى للتدخل الأسرى فى الفصام والتى امتدت نتائجها لعامين (Leff et al., 1982; 1985; 1988; 1990; Fallon et al., 1982; 1985; 1987; Hogarty et al., 1986; 1987; Tarrier et al., 1988; 1989) ، وعلى الرغم من المشكلات المنهجية المختلفة كانت النتائج مشجعة فى أغلبها . وكانت أقل التدخلات تأثيراً هى التى اقتبست أساليب دينامية ، وقد ذكر لام أن الحزم العلاجية الناجحة تشترك معاً فى عدد من المكونات العامة .

(أ) أنها تتضمن منحاً إيجابيًا وعلاقة عمل أصيلة ، تتضمن تأكيد قدرة الأسرة على التغير ، وتجنب توجيه لوم .

(ب) توفير بنية منظمة واستقراراً .

(حـ) التركيز على هنا والآن .

(د) استخدام مفاهيم الأسرة .

(هـ) إعادة تنظيم البنية المعرفية : ويهدف البرنامج التعليمى إلى تمكين الأقارب من تفهم سلوك المريض وخبراته .

(و) استخدام منحى سلوكى ، يقوم على أهداف واقعية ، ويقسمها إلى خطوات صغيرة .

(ز) تحسين أساليب التواصل .

وقد اتضح أن العلاج الأسرى الذى يستخدم أساليب معينة مصممة لحل المشكلات ، والذى يتضمن بالمثل مكونات تعليمية ، مفيد فى خفض الضغوط الأسرية والانتكاس . وكانت أغلب الأسر فى الدراسات التى سبق الإشارة إليها تتضمن الوالدين الذين يقدمان الرعاية ويساندان ابنهما الفصامى . وعلى الرغم من ذلك فقد ذكر بينون ولوكاس (1990) Bennun and Lucas نتائج توحى أن أسلوباً مشابهاً يمكن أن يكون مفيداً فى علاج الزوجين ، اللذين يشخص أحدهما على أنه فصامى منذ فترة طويلة . وتشير سلسلة من دراسات الحالة إلى انخفاض فى كل من الأعراض الإيجابية والسلبية يأتى تالياً لتدخل يشدد على حل المشكلات وتغيير أنماط التواصل وإدارة الأزمات .

وهناك عدد من القضايا المهمة يتعين الإشارة إليها . أولاً أن تارير Tarrier (1991) أشار إلى أن عديد من الأسر أما تفشل فى التواصل أو تنسحب من العلاج فى مرحلة مبكرة . ومن الواضح أن هناك مجموعة من العوامل تؤثر فى الالتزام بالعلاج . ويرى تارير أن الوعى بهذه العوامل التى توجد فى أسر معينة يمكن أن يوحى بطرق لمواصلة التفاعل العلاجى . ثانياً لم تتجه الدراسات فى أغلب الحالات مباشرة إلى تقييم الجوانب الجوهرية لحزمة العلاج متعددة المكونات . ثالثاً أن ميكانيزمات التغير العلاجى بعيدة كثيراً عن الوضوح ، وتفتقد البحوث الإطار النظرى الواضح . ويرى تارير Tarrier (1989) أن النتائج العلاجية الناجحة تنتج عن خفض ضغوط البيئة والتى يكون المرضى الفصاميين عرضه لها على وجه الخصوص ، كنتيجة لاختلالاتهم المؤكدة فى مجال تداول المعلومات وضبط الاستثارة . وبالتالى فإن البيئة المعقدة والغامضة والمشحونة بالانفعالات تؤدى لتجاوز القدرة على تحمل المعلومات وعودة ظهور الأعراض الإيجابية . يتسق مع ذلك مـا أورده مـاكـارثى وزمـلاؤه MacCarthy et al. (1986) حول العلاقة بين التعليقات النقدية ـ أى المكونات الجوهرية فى الإنفعالات المعبر عنها ـ والأقارب باعتبارها أكثر متغيرات الاستجابة فى السلوك المشكل .

الأساليب السلوكية للإعاقة المزمنة

تضمنت المحاولات الطموحة لتعديل سلوك المرضى الفصاميين المقيمين بالمستشفى تطبيق برامج المكافآت الرمزية ، والتى تقدم تالية لظهور السلوك العلاجى المرغوب ، ويمكن مبادلتها بمكافآت مادية ومزايا ، وتتضمن البرامج تحديد الأهداف العلاجية والتدعيمات المقترنة بها بوضوح . وقد تركزت أغلب برامج المكافآت الرمزية على سلوك العناية بالذات ، والأداء الوظيفى ، والتحكم فى أشكال السلوك الكبيرة المضطربة . وقدم هال وبيكر Hall and Baker (1973) تفاصيل مثل هذه الإجراءات والصعوبات التى يمكن أن تواجهها . وعلى الرغم من تحقيق نتائج مشجعة فى عدد من الدراسات ، إلا أن هال وزملاءه Hall et al. (1977) يشيرون إلى أن الكثير من برامج المكافآت الرمزية تعانى من عيوب منهجية خطيرة ويقترحون عدداً من المتطلبات البحثية فى هذا المجال . وقد تضمنت دراستهم مقارنة بين ثلاث مجموعات كانت الأولى مجموعة ضابطة فى جناح المستشفى . بينما تلقت المجموعة الثانية مكافآت مشروطة عبارة عن تدعيم اجتماعى وعائد معلوماتى يترتب على السلوك المناسب ، وتلقت المجموعة الثالثة تدعيماً إجتماعياً مشروطاً وعائداً ، بالإضافة إلى عدد مطابق من المكافآت الرمزية غير المشروطة . وعلى امتداد خمسة عشر شهراً تحسنت كل من المجموعتين العلاجيتين بدرجة مشابهة ؛ مما يثير الشكوك حول قيمة المكافآت الرمزية باعتبارها عاملا سببيًا فى التحسن ، ويشدد المؤلفون على الحاجة لمراقبة الحالة السيكاتيريه ، بالإضافة إلى السلوك المستهدف . ومن البين أنه يتعين تطوير البرامج الصريحة ، إذا كان يتعين تحقيق الاستمرارية للأداء المستقل فى البيئة الاجتماعية .

وتعد دراسة بول ولينتز Paul and Lentz (1977) أكبر المحاولات المنهجية المناسبة طموحاً ، والتى صممت لتقييم تأثير مبادئ نظرية التعلم فى علاج المرضى الفصاميين . وقد قورنت هذه الأساليب السلوكية بالبرنامج البيئى والعلاج المعيارى داخل المستشفى . وتم قياس منتظم لسلوك المرضى بواسطة ملاحظين باستخدام مقاييس ذات ثبات جيد . وقد أظهر المرضى فى المجموعتين تحسناً جوهرياً يتجاوز مستوياتهم الأولية للتوافق ، خلال الشهور الستة الأولى على وجه الخصوص . وتضمنت المجالات التى تم قياسها الأداء المؤثر للدور ، العناية بالذات والمهارات التفاعلية ، وقد أدى البرنامج السلوكى إلى مكاسب أكبر مماتحقق للمجموعة البيئية ، وكان تفوقه واضحاً من حيث الأداء الكلى . وفى نهاية الأعوام الأربعة

للدراسة ، تم إخراج ٧ .١٠ فى المئة من مجموعة التعلم الاجتماعى من المستشفى ؛ ليعيشوا بشكل مستقل، ودون أن يعودوا مرة أخرى للمستشفى مقارنة بـ ١ .٧ فى المئة من مجموعة العلاج البيئى ، وليس من بينهم أحد من المجموعة الضابطة . بالإضافة إلى ذلك أظهرت مجموعة التعلم الاجتماعى تفوقاً فى التحرر الجوهرى ؛ أى حققت حداً أدنى من البقاء بصورة متواصلة فى المجتمع لمدة تسعين يوماً .

وعلى الرغم من ذلك ، وكما يشير هال Hall (1989) فإن برامج المكافآت الرمزية التى تطبق فى كل أجنحة المستشفى حلت محلها الآن برامج الأفراد والمجموعات فى داخل الأجنحة وبيوت المجموعات (*)، وكما سبق الإشارة فإن الأساليب السلوكية تشكل أيضاً جزءاً من عديد من الحزم العلاجية الأسرية.

وعلى الرغم من وجود انخفاض ملحوظ فى عدد المرضى ممن تطول إقامتهم فى المستشفيات النفسية ، إلا أنه مازال هناك عدد من المواقف التى تكون برامج العلاج الجمعى ممكنة فيها ، وذلك عندما توجد أهداف علاجية مشتركة بين المرضى . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا يتطلب اتساقاً فى ممارسات الفريق العلاجى ، والذى يمكن تحقيقه دائماً من خلال التدريب الرسمى فقط . ويقدم ميلان Milne (1986) مثالاً على ذلك يصف من خلاله تفصيلاً تطوير برنامج علاجى للممرضات داخل جناح المستشفى . ويكون التدخل السلوكى الفردى هو الأكثر ملاءمة فى مواقف أخرى (انظر : Garety and Morris, 1984).

وهناك وعى متزايد فى كل من المنحيين العلاجيين الجماعى والفردى لأهمية مشاركة المرضى ، بقدر الإمكان فى تقرير أهداف العلاج .

حدود الأساليب الفعالة (1)

على الرغم من الاستخدام المتكرر للإجراءات الفعالة لتعديل سلوك الفصاميين ، يظل هناك عدد من الحدود لمثل هذه الأساليب يمكن فهم بعضها بمفاهيم أشكال الشذوذ المعروفة تماماً فى مجال الأداء المعرفى فى الفصام (Hemsley, 1978) ، وتقع هذه المشكلات فى ثلاث فئات عريضة ، هى : النقص فى الاستجابة ، والتدهور المزمن فى الجوانب غير المستهدفة للسلوك الفصامى ، والفشل فى التعميم .

ويصبح من الضرورى بالنسبة للمرضى غير المستجيبين تقرير ما إذا كان يمكن استخدام إجراءات سلوكية مكثفة ، أو ما إذا كان النموذج الفعال ملائماً ، ويبدو من المحتمل أن أحد العوامل المؤثرة فى استجابية المريض هو تعقد الاستجابة المطلوبة . وقد حظى هذا الأمر بالقليل من الاهتمام على الرغم من وجود فروق واضحة بين عقد رباط الحذاء ، وبين سؤال المريض أن يشارك فى موقف اجتماعى أو يتحدث بطريقة متماسكة .

وقد أشير من قبل إلى أن إعادة التأهيل المكثف يمكن أن تؤدى بالنسبة لبعض المرضى لتدهور فى جوانب معينة من السلوك الفصامى ، ويتعين ملاحظة ذلك قبل تبنى أية إجراءات فعالة . ويقدم برايس Pryce (1977) مثالاً لذلك . إن إمكان ظهور مشكلات مشابهة مع تطبيق الأساليب الفعالة يجعل من الضرورى القيام بملاحظات متزامنة لجوانب مهمة من سلوك المرضى ، التى تعدل بشكل مباشر . وتنشأ مشكلة فى تقييم التغير نتيجة للإجراءات الفعالة من خلال العرض الدائم لمتوسط البيانات ، إذ يؤدى ذلك لعرض تحسن بعض المرضى وتدهور البعض الآخر . وقد أشار تقرير كو السكى وزملاؤه

(*) Group Homes

وهي سكن مستقل يوفر للمرضي في مجموعات صغيرة لممارسة الحياة بشكل مستقل تحت رعاية ورقابة محدودتين (المترجم) .

(1) Operent .

Kowalski et al. (1976) إلى أن المرضى الفصاميين غير الإضطهاديين أظهروا انخفاضاً حاداً فى الأداء عند تقديم برامج المكافآت الرمزية ، تلى ذلك تحسن بطئ إلى قُرب المستوى الأصلى . وعلى النقيض منهم أظهر المرضى الفصاميون الإضطهاديون تحسناً فورياً استمر وأن كان غير منتظم . ويرى المؤلف أن ذلك قد يعزى إلى التكامل المعرفى والسلوكى المتفوق لدى المرضى الاضطهاديين . وهناك دلائل بالمثل (Hall et al., 1977) على أنه إذا حددت أهداف الأساليب السلوكية ، فإن أى تحسن فى مجال معين يمكن أن يصحبه تدهور فى أشكال سلوكية أخرى . وقد يعزى ذلك إلى عدم قدرة بعض المرضى على العناية بأكثر من عدد قليل من الأهداف فى وقت واحد.

وقد واجهت هدسون Hudson (1975) مشكلات عند محاولته تطبيق أساليب تعديل السلوك على الفصاميين المزمنين فى مجتمعهم . وقدم تقريراً عن خمس حالات أمكن تطبيق برنامج علاجى لها . وقد تمكنت إحدى الحالات من التردد على ناد ، إلا أن ذلك لم يدم طويلاً ، وتزايد الحديث الهذائى للمريض . مريض آخر ظل ملازماً فراشه طوال اليوم منذ خروجه من المستشفى ، وقدمت له مكافآت مقابل تفاعلاته الاجتماعية ، إلا أنه رفض بعض ذلك السماح للفريق بالدخول ، وتعين إعادته إلى المستشفى بسبب عودة ظهور أعراض واضحة . وقد اختيرت هذه الأمثلة بطريقة مقصودة ، ولكنها توحى أن أقلية من الفصاميين يمكن أن يظهروا زيادة فى الشذوذ السلوكى عند مواجهة برامج تتطلب إتخاذ قرارات أكثر تعقيداً ، مما اعتادوا عليه من قبل . ويظل هناك ، بالإضافة إلى ذلك ، القليل مما يتعارض مع استخلاصات مراجعة الإجراءات الفعالة (Keeley et al., 1976) ، مثل أن الدلائل المتعلقة بالتغيرات المستمرة أو تقييم التغير أو كليهما مازالت موضع شك نتيجة لغيابها ، كما أن الدلائل الضئيلة المتاحة تثير شكوكاً خطيرة حول ثباتها فى المُضى لأبعد من التحكم (ibid : 292) .

وعلى الرغم من ذلك فإن أساليب تحسين تعميم السلوك كانت موضع نظر (Liberman, 1976 : 188) ، كما حظيت بقدر كبير من الاهتمام فى تراث التدريب على المهارات الاجتماعية فى الفصام ، والذى نتناوله فى القسم التالى .

التدريب على المهارات الاجتماعية

جرى تأكيد أهمية الأداء الاجتماعى فى التوافق الناجح بواسطة عديد من المؤلفين . ومن الواضح أنه يلعب دوراً هاماً بالنظر إلى كل من العمل والإقامة فى المستشفى . ولهذا فقد حاول عديد من الدراسات تحسين المهارات الاجتماعية للمرضى الفصاميين . وقد قدم ترور وزملاؤه Trower et al. تعريفاً عريضاً للمهارات الاجتماعية ، حيث ذكروا أنها تتضمن «القدرة على [فهم] استخدام الآخرين لعناصر التعبير .... [لتوصيل] الانطباعات من خلال سلوك لفظى وغير لفظى ملائم .... للتأثير فى سلوك ومشاعر الآخرين بالطريقة ، التى يرمى إليها الشخص ، والتى تحظى بقبول اجتماعى .... وأن يؤثر فى البيئة بطريقة تتسم بالكفاءة لكى يحقق الأهداف الشخصية الأساسية » . (Trower et al., 1978 : 2-5) .

وعادة ماتتضمن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ثلاثة أساليب رئيسية ، هى : النمذجة ، والممارسة والعائد ، وغالباً ماتستخدم النمذجة عن طريق الشرائط السمعية أو شرائط الفيديو ، كما تتضمن الممارسة عادة لعب الأدوار . ويتضمن العائد تعليمات لبادئل الاستجابات وتدعيماً للأداء الناجح .

ودائماً مايكون استخدام هذه الإجراءات سواء منفردة أو مجتمعة معاً فعالاً مقارنة بغيبة العلاج ، على الرغم من أن قدراً كبيراً من التراث يتضمن دراسات حالة متعددة .

وقد صمم والاس وزملاؤه Wallace et al. (1981) حزمة متكاملة للتقييم والعلاج ، تعتمد على صيغة لعب الأدوار ، وعلى الرغم من ذلك فبدلاً من تدريب المرضى على سلسلة من المهارات المنفصلة ، قاموا بقياس كل المتغيرات بعد لعب الأدوار ، ثم طبقوا أساليب تدريب متعددة عندما يبين القياس وجود آفات معينة . وتشير نتائج دراسة مضبوطة إلى انخفاض فى معدل النكوص والعودة للمستشفى بين المرضى الفصاميين الذين تلقوا هذا البرنامج مقارنة بمجموعة من المرضى المختارين عشوائياً من بين فئة تلقى أفرادها علاجاً صحياً مكثفاً وشاملاً .

وعلى الرغم من ذلك يتعين ملاحظة أن أخرين ذكروا نجاحاً أقل فى برامج المهارات الاجتماعية مع الفصاميين (مثال ذلك : Lauterbach et al., 1979) وقد يكون الضعف المعرفى المتبقى الذى يظهره الكثير من المرضى أحد أسباب مثل هذه النتائج السلبية .

وقد ذكر شيفارد Shephard «أن المعدل المنخفض للأداء وبعض الأجزاء النقية أو المتطورة لطريقة التعلم يمكن أن تخفض بعض مشكلات تداول المعلومات الأخرى ... ومن الضرورى تقسيم المهام إلى وحدات صغيرة ، يتم إتقان كل منها تماماً قبل التقدم إلى التالية ، وقبل محاولة الربط بين هذه الوحدات فى استجابة كاملة» (Shephard, 1978a : 258) . وقد لاحظ ماتسون وستيفنز Matson and Stephens (1978) أن المشكلة الأولية فى حزمتهما الخاصة بالتدريب على المهارات الاجتماعية كانت تطوير الاستجابات ، والتعليمات والعائد البسيط والمختصر بدرجة تكفى لأن يفهمه المرضى المنتكسون . وقد تطلب الأمر أن تكون كل الاستجابات أربعة كلمات أو أقل ، بالنسبة لإحدى المفحوصات ، وذلك قبل أن تتمكن من تذكرها وتكرارها بصورة سليمة .

والمشكلات الأساسية فى تدريب الفصاميين على المهارات الاجتماعية هى تلك المتعلقة بالتعميم والاستمرارية ، وغالباً ماتعتمد أكثر البحوث على نتائج المقاييس المرتبطة بموقف التدريب . ويجب أن يظهر أن التدخل يؤثر فى الأداء خارج سياق التدريب الفورى . وقد طور شيفارد Shepherd (1977) طريقة لتقييم الأداء الاجتماعى للمريض باستخدام ملاحظين مستقلين فى موقف ، مختلف تماماً عن مواقف العلاج الجماعية ، ولم يتمكن بداية من التوصل إلى أية دلائل على أن التدريب أدى إلى تحسن مهارات التفاعل لدى المرضى ، خلال يوم فى المستشفى .

ترتب على ذلك تطبيق عدد من الإجراءات (Shepherd, 1978b) تضمنت زيادة طول جلسات العلاج ومرات حدوثها ، وتأكيد أكبر على أهداف الجلسة ، وتنظيم مدعمات ، والأكثر من ذلك عمل جلسات كاملة فى سياقات مختلفة عن جلسات العلاج الجمعى ، ومحاولة أكبر لوضع الفروق الفردية فى الاعتبار .

وقد أشارت النتائج إلى تحسن واضح فى الأداء ، الاجتماعى ، لدى مجموعة عولجت ، ولاحظها مقيمون مستقلون فى جلسة منفصلة تماماً عن جلسة العلاج .

ويرى شيفارد أن ماقد يكون أكثر فائدة هو أن نفكر فى الصعوبات الاجتماعية لمثل هؤلاء المرضى ؛ باعتبارها عجزاً مزمناً فى قدراتهم يتطلب نظم فعالة لتدبره ، بدلاً من النظر إليها على أنها أعراض تتطلب علاجاً . وقد تأيدت هذه الوجهة من النظر بملاحظة ماتسون وستيفنز من أنه على الرغم من تحقق تحسن فى التدريب على المهارات الاجتماعية يعمم على مواقف خارج السياق ، إلا أن السلوك يتدهور بسرعة بعد توقف البرنامج . ويستخلصان من ذلك أن المعلومات حول المهارات تتطلب بالإضافة إلى ذلك ضرورة استمرار المدعمات الطبيعية فى البيئة ؛ حتى يستمر السلوك المناسب (Matson and Stephens, 1978:75) .

يصبح من الواضح بالتالى ضرورة أن يكون هناك تأكيد على تدريب هؤلاء الأشخاص الأكثر إلتحاماً بالحياة اليومية ، والذين يكونون بالتالى أصحاب الاحتمال الأكبر للحصول على التدعيمات الطبيعية . ويتطلب التدريب على الاستجابات ذات الصلة بالأداء خارج موقف التدريب جلسات فى البيئة الطبيعية ، مثل : المتاجر والمطاعم ، وسيحتاج الأمر مصاحبة المعالجون للمرضى فى مواقف جديدة . وقد يبرهن هذا أيضاً على أنه جوهرى لإغراء الأشخاص المهمين فى بيئة المريض مثل أسرته لتدعيم الاستجابات الاجتماعية الجديدة المناسبة .

وقد أشارت المحاولات الأكلينيكية الحديثة التى جرت على نطاق واسع (Bellack et al., 1984; Wallace and Liberman, 1985) . إلى أن هذه الأساليب يمكن أن تمكن المرضى من إكتساب مهارات جديدة والإحتفاظ بها . وأن مثل هذا التدريب يمكن أن يكون له تأثير جوهرى على الانتكاس .

وعلى الرغم من ذلك ، هناك جدل مستمر حول دور عمليات الوعى المعرفى فى السلوك التفاعلى ، ودور عمليات حل المشكلات فى المهارات الاجتماعية على وجه الخصوص . ومن هنا جادل ليبرمان وزملاؤه Liberman et al. (1986) فى أن التدريب يتعين أن يركز أوليًا على تقرير مثل هذه المهارات المعرفية باعتبارها مولدة لبدائل استجابة متعددة ، كما أنها تُقيم استخدام هذه البدائل قبل التعبير عنها .

وقدم هانسن وزملاؤه Hansen et al. (1985) نموذجاً لهذا المنحى . وعلى الرغم من ذلك ، فإن المراجعة التى قدمها بليك وزملاؤه تنتهى إلى أن الحاجة ماسة بوضوح إلى المزيد من البحوث ، حول برامج التدريب على حل المشكلات ، غير أن صدق نماذج حل المشكلات وإمكانات تطبيقها غير مؤكد (Bellack et al., 1989:101) .

تعديل العجز المعرفى

سبقت الإشارة فى الفصل الخامس عشر إلى أن هناك قدراً كبيراً من البحوث حول العجز المعرفى [1] لدى الفصاميين ، وأحياناً مايؤدى ذلك إلى الإيحاء بإجراءات تدخل مباشرة . ومن هنا يوضح شوارتز - بليس وجيلمور Shcwartz-Place and Gilmore فشل الفصاميين فى تنظيم المعلومات فى مرحلة مبكرة من تداولها ملاحظين أن تدريباً نوعيًا على الوعى بالتنظيم والتقسيم ، يمكن أن يكون مفيداً فى مساعدة الفصاميين على تنظيم البيئة (Schwartz-Place and Gilmore, 1980:417) وقد اقترح ماجارو وزملاؤه Magaro (مثال ذلك : Magaro et al., 1986) وكذلك سبولدنج وزملاؤه (١٩٨٦) Spaulding et al. طرقاً أكثر تفصيلاً . وهناك عدد من تقارير دراسات الحالة الناجحة (مثال ذلك : Adames et al., 1981) غير أن الحاجة مازالت كبيرة لبحوث أكثر نظامية .

وقد أشارت أيضاً دراسة مضبوطة ، قام بها أولبريش وموسجاى Olbrich and Mussgay إلى إمكان خفض الاضطرابات النفسية العصبية بواسطة التدريب المعرفى . وعلى الرغم من ذلك فقد كان التأثير محدوداً بالنسبة للوظائف الأكثر تعقداً مقارنة بالميكانيزمات الأولية . ويتوقع المؤلفان أن يكون أفضل تفسير لنتائجهما هو « إفتراض أثاره الميكانيزمات التعويضية» [2]... وقد تحقق البرامج التدريبية نجاحاً لا من خلال تجديد إمكانية معطوبة ، ولكن من خلال التطوير الواسع للاستراتيجيات المعرفية السوية . ومن هنا فإن هدفاً واعداً للأعمال المستقبلية فى هذا المجال ، يتعين أن يصبح تعريف الاستراتيجيات التعويضية وأساليب التدريب لتحسينها » (Olbrich and Mussgay, 1990:368) . ويوازى ذلك أساليب

(1) Cognitive impairment.
(2) Compensatory mechanisms .

إعادة تأهيل المرضى من أصحاب التلف المخى الواضح . وكما يشير همسلى Hemsley (1987) هناك اعتقاد فى بحوث العجز المعرفى فى الفصام أنه يمكن تحديد القصور فى إمكانات مراحل معينة من العمليات . وعلماء النفس المعرفى متزايدو الاهتمام بالاستراتيجيات المطبقة لاستخدام هذه المراحل لتحقيق أهداف معينة . وبالتالى فهناك إمكانية فى أن المرضى ، ممن لايزالون متعافين معرفياً يجب أن يدربوا على استخدام أكثر الاستراتيجيات مناسبة ؛ للإقلال من الشذوذ السلوكى الذى يظهر فى مواقف معينة .

ويمكن النظر إلى طريقة التعلم الذاتى [1] التى استخدمها ماكينبوم وكاميرون Meichenbaum and Cameron (1973) باعتبارها إحدى هذه الاستراتيجيات فى التعامل . وقد أشارا إلى التعديل الناجح للانتباه والتفكير والسلوك اللغوى فى الفصام . غير أن هناك نتائج مشجعة بقدر أقل أوردها بنتال وزملاؤه (١٩٨٧) .Bentall et al باستخدام الأساليب نفسها ، وقد واجها صعوبات فى تعليم التعليمات الذاتية للمفحوصين ، وظهر تعميم غير ملائم لآثار العلاج .

وعند النظر إلى التدريب فى مجال استراتيجيات التعامل ، سيكون من الضرورى الاهتمام بتلك الاستراتيجيات التى تستخدم تلقائياً من جانب المرضى ، استجابة للشذوذ المعرفى والإدراكى . (Hemsley, 1977) وقد وثقت هذه النقاط توثيقاً جيداً (مثال ذلك : Fallon and Talbot, 1981; Berrier and Strauss, 1983) . ومع ذلك يلاحظ أنه بالنسبة لبعض المرضى ممن انخفض اضطرابهم المعرفى بقدر كبير ، أو أولئك الذين عولجوا بنجاح ظهرت أشكال سلوكية غير سوية نتجت عن إستراتيجياتهم التوافقية السابقة ، مثل : ضيق مجال الإحاطة ، وبطء الاستجابة ، والانسحاب الاجتماعى . والتى ربما أصبحت لاتخدم أغراضاً نافعة . ويمكن فى مثل هذه الحالات استخدام الإجراءات الفعالة لعكس اتجاه هذه الآفات . وقد أشار الفصل السابق إلى أهمية قياس مستوى العجز المعرفى المتبقى عند تخطيط برامج إعادة التأهيل . ويلعب التعديل المباشر للعجز المعرفى لدى الفصاميين دوراً جوهرياً فى برنامج العلاج متعدد الأوجه ، الذى وصفه برينر وزملاؤه Brenner et al. (1990) ، والذى يحاول استخدام طريقة متكاملة لعلاج المهارات السلوكية والمعرفية والتواصلية .

وقد دعمت عدة دراسات مضبوطة استخدام هذا المنحى ، وقد ظهر أن مكاسبه ظلت مستمرة على مدى ثمانية عشر شهرا من المتابعة ، وهناك بحوث مستمرة حول الدور الدقيق الذى يقوم به شفاء الآفات المعرفية .

ويعترف برينر وزملاؤه أنه «على الرغم من أن النتائج النهائية للدراسات المختلفة تنتهى إلى أن آثار العلاج تعتمد على خفض الآفات المعرفية ، إلا أنها قد تكون راجعة أساساً إلى التدريب على استراتيجيات تعويضيه فعالة» (Brenner et al., 1990:186) . كما أنهم يوافقون أيضاً على أهمية أن يؤخذ فى الحسبان « الإضطرابات التعويضية [2] مثل نمط إنتباه يسعى لخفض جرعة المعلومات» .

وقد تكون التدخلات العلاجية فى مثل هذه الحالات (قارن: Hemsley, 1977) والتى تسعى إلى تطبيع [3] الإضطرابات المعرفية دون ضبط متزامن لكمية المعلومات المتاحة أو الاستثارة النفسية الفسيولوجية مؤذيه (Brenner et al., op. cit. : 187) . ويتميز منحاهم واسع النطاق بالفحص المستمر لإيضاح ميكانيزمات التغير الناتج عن العلاج ، ولتحديد أولئك المرضى الأكثر ميلاً للاستفادة منه .

---

(1) Self - Instructional training.
(2) Compensatory dysfunctions .
(3) Normalize .

References

Adams, H. E., Malateska, V., Brantley, P. J. and Turkal, I. D. (1981) 'Modification of cognitive processes: a case study of schizophrenia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 460–4.

Alford, B. (1986) 'Behavioural treatment of schizophrenic delusion: a single case experimental analysis', *Behaviour Therapy* 17: 637–44.

Al-Issa, I. (1976) 'Behaviour therapy and hallucinations: a sociocultural approach', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13: 156–9.

Allen, H. and Bass, C. (1992) 'Coping tactics and the management of acutely distressed schizophrenic patients', *Behavioural Psychotherapy* 20: 61–72.

Alumbaugh, R. V. (1971) 'Use of behaviour modification techniques toward reduction of hallucinatory behaviour: a case study', *Psychological Record* 21: 415–17.

Ayllon, T. and Haughton, E. (1964) 'Modification of symptomatic verbal behaviour of mental patients', *Behaviour Research and Therapy* 2: 87–97.

Baker, R. (1971) 'The use of operant conditioning to reinstate speech in mute schizophrenics', *Behaviour Research and Therapy* 9: 329–36.

Belcher, T. L. (1988) 'Behavioural reduction of overt hallucinatory behaviour in a chronic schizophrenic', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 19: 69–71.

Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M. and Luber, R. F. (1984) 'An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients', *Hospital and Community Psychiatry* 35: 1023–8.

Bellack, A. S., Morrison, R. L. and Mueser, K. T. (1989) 'Social problem-solving in schizophrenia', *Schizophrenia Bulletin* 15: 101–16.

Bennun, I. and Lucas, R. (1990) 'Using the partner in the psychosocial treatment of schizophrenia: a multiple single case design', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 185–92.

Bentall, R. P., Higson, P. J. and Lowe, C. F. (1987) 'Teaching self instructions to chronic schizophrenic patients: efficacy and generalization', *Behavioural Psychotherapy* 15: 58–76.

Breier, A. and Strauss, J. S. (1983) 'Self control in psychotic disorders', *Archives of General Psychiatry* 40: 1141–5.

Brenner, H. D., Kraemer, S., Hermanutz, M. and Hodel, B. (1990) 'Cognitive treatment in schizophrenia', in E. R. Straube and K. Hahlweg (eds) *Schizophrenia: Concepts, vulnerability and intervention*, New York: Springer (161–92).

Chadwick, P. D. J. and Lowe, C. F. (1990) 'The Measurement and modification of delusional beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 225–32.

Cheek, F. E., Laucius, J., Mahncke, M. and Beck, R. (1971) 'A behaviour modification training program for parents of convalescent schizophrenics', in R. D. Rubin, H. Feusterheim, A. A., Lazarus and C. M. Franks (eds) *Advances in Behavior Therapy. Vol. 2*, New York: Academic Press.

Falloon, I. R. H. and Talbot, R. E. (1981) 'Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management', *Psychological Medicine* 11: 329–34.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, G. W., Razani, J., Moss, H. B. and Gilderman, A. M. (1982) 'Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenics: a controlled study', *New England Journal of Medicine* 306: 1437–46.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, G. W., Williamson, M., Ranzani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M. and Simpson, G. M. (1985) 'Family management in the prevention of morbidity in schizophrenia: clinical outcome of a two year longitudinal study', *Archives of General Psychiatry* 42: 887–96.

Falloon, I. R. H., McGill, C. W., Boyd, J. L. and Pederson, J. (1987) 'Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: a social outcome of a two-year longitudinal study', *Psychological Medicine* 17: 59–66.

Fonagy, P. and Slade, P. (1982) 'Punishment vs negative reinforcement in the aversive conditioning of auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 20: 483–92.

Fowler, D. (1991) 'Draft manual for the cognitive-behavioural management of the functional psychoses', unpublished manuscript, Fulbourn Hospital, Cambridge.

Fowler, D. and Morley, S. (1989) 'The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study', *Behavioural Psychotherapy* 17: 267–82.

Fraser, D., Anderson, J. and Grime, J. (1981) 'An analysis of the progressive development of vocal responses in a mute schizophrenic patient', *Behavioural Psychotherapy* 9: 2–12.

Gardos, G. and Cole, J. D. (1976) 'Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease?', *American Journal of Psychiatry* 133: 32–6.

Garety, P. A. and Morris, I. (1984) 'A new unit for long stay psychiatric patients: organization, attitude and quality of care', *Psychological Medicine* 14: 183–92.

Glickman, H. S., Di Scipio, W. J. and Hollander, M. A. (1974) 'Modeling and reinforcement techniques with hospitalized psychotics' in W. J. Di Scipio (ed.) *The Behavioural Treatment of Psychotic Illness*, New York: Behavioural Publications.

Hall, J. (1989) 'Chronic psychiatric handicaps', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford: Oxford University Press (315–38).

Hall, J. and Baker, R. (1973) 'Token economy systems: breakdown and control', *Behaviour Research and Therapy* 11: 253–63.

Hall, J. N., Baker, R. D. and Hutchison, K. (1977) 'A controlled evaluation of token economy procedures with chronic schizophrenic patients', *Behaviour Research and Therapy* 15: 261–84.

Hansen, D. J., St. Lawrence, J. S. and Christoff, K. A. (1985) 'Effects of interpersonal problem solving training with chronic aftercare patients on problem solving component skills and effectiveness of solutions', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 167–74.

Haynes, S. N. and Geddy, P. (1973) 'Suppression of psychotic hallucinations through time out', *Behaviour Therapy* 4: 123–7.

Hemsley, D. R. (1977) 'What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms?', *British Journal of Psychiatry* 130: 167–73.

Hemsley, D. R. (1978) 'Limitations of operant procedures in the modification of schizophrenic functioning: the possible relevance of studies of cognitive disturbance', *Behavioural Analysis and Modification* 3: 165–73.

Hemsley, D. R. (1987) 'An experimental psychological model for schizophrenia', in H. Hafner, W. F. Gattaz and W. Janzarik (eds) *Search for the causes of schizophrenia. Vol. 1*, New York: Springer.

Hersen, M., Turner, S. M., Edelstein, B. A. and Pinkstan, S. G. (1975) 'Effects of phenothiazines and social skills training in a withdrawn schizophrenic', *Journal of Clinical Psychology* 31: 588–94.

Hirsch, S. R. (1986) 'Clinical treatment of schizophrenia', in P. B. Bradley and S. R. Hirsch (eds) *The Psychopharmacology and Treatment of Schizophrenia*, Oxford: Oxford University Press.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greatwald, D. P., Javana, C. D. and Madonia, M. J. (1986) 'Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy in the after care treatment of schizophrenia. I: one year affects of a controlled study on relapse and expressed emotion', *Archives of General Psychiatry* 43: 633–42.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M. and Reiss, D. J. (1987) 'Family psychoeducation, social skill training and medication in schizophrenia: the long and short of it', *Psychopharmacology* Bulletin 23: 12–13.

Hudson, B. L. (1975) 'A behaviour modification project with chronic schizophrenics in the community', *Behaviour Research and Therapy* 13: 239–41.

Keeley, S. M., Sherberg, K. M. and Carbonell, J. (1976) 'Operant clinical intervention: behaviour management or beyond? Where are the data?' *Behavior Therapy* 7: 292–305.

Kingdon, D. G. and Turkington, D. (1991a) 'Cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: a treatment manual', unpublished manuscript, Dept. of Psychiatry, Bassetlaw District General Hospital, Notts.

Kingdon, D. G. and Turkington, D. (1991b) 'The use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia', *Journal of Nervous and Mental Disease* 79: 207–11.

Kowalski, P. A., Daley, G. D. and Gripp, R. F. (1976) 'Token economy: Who responds how?' *Behaviour Research and Therapy* 14: 372–4.

Lam, D. H. (1991) 'Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies', *Psychological Medicine* 21: 423–41.

Lambley, P. (1973) 'Behaviour modification techniques and the treatment of psychosis: a critique of Alumbaugh', *Psychological Record* 23: 93–7.

Lauterbach, W., Pelzer, U. and Awiszus, D. (1979) 'Is social skills training effective in European schizophrenics?' *Behavioural Analysis and Modification* 3: 21–31.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. and Sturgeon, D. (1982) 'A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenics', *British Journal of Psychiatry* 141: 121–34.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. and Sturgeon, D. (1985) 'A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenics: two year follow-up', *British Journal of Psychiatry* 146: 594–600.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. and Vaughn, C. (1988) 'A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 153: 58–66.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. and Vaughn, C. (1990) 'A trial of family therapy v. a relative control group for schizophrenia: two year follow-up', *British Journal of Psychiatry* 157: 571–7.

Liberman, R. P. (1976) 'Behaviour therapy for schizophrenia' in L. Jolyon D. West and and E. Flinn (eds) *Treatment of Schizophrenia: Progress and Prospects*, New York: Grune and Stratton.

Liberman, R. P., Teigan, J., Patterson, R. and Baker, V. (1973) 'Reducing delusional speech in chronic paranoid schizophrenics', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 6: 57–64.

Liberman, R. P., Meusen, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T. and Massel, H. K. (1986) 'Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence' *Schizophrenia Bulletin* 12: 631–47.

MacCarthy, B., Hemsley, D. R., Schrank-Fernandez, C., Kuipers, E. and Katz, R. (1986) 'Unpredicatability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics', *British Journal of Psychiatry* 48: 727–31.

Magaro, P. A., Johnson, M. and Boring, R. (1986) 'Information processing approaches to the treatment of schizophrenia', in R. Ingram (ed.) *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, London: Academic Press.

Margolis, R. B. and Steinberg, K. M. (1976) 'Cognitive self instruction in process and reactive schizophrenics: A failure to replicate', *Behaviour Therapy* 7: 668–71.

Matson, J. L. and Stephens, R. M. (1978) 'Increasing appropriate behaviour of explosive chronic psychiatric patients with a social skills training package', *Behaviour Modification* 2: 61–76.

Meichenbaum, D. H. (1969) 'The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behaviour in schizophrenics', *Behaviour Research and Therapy* 8: 147–52.

Meichenbaum, D. H. and Cameron, R. (1973) 'Training schizophrenics to talk to themselves: a means of developing attentional controls', *Behaviour Therapy* 4: 515–34.

Meyers, A., Mercatoris, M. and Sireta, A. (1976) 'Use of covert self instruction for the elimination of psychotic speech', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 480–2.

Milne, D. (1986) *Training Behaviour Therapists*, London: Croom Helm.

Milton, F., Patwa, V. K. and Hafner, R. J. (1978) 'Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients', *British Journal of Medical Psychology* 51: 127–30.

Olbrich, R. and Mussgay, L. (1990) 'Reduction of schizophrenia deficits by cognitive training: an evaluative study', *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 239: 366–9.

Paul, G. L. (1974) 'Experimental-behavioural approaches to "schizophrenia"', in R. Cancro, N. Fox, and L. Shapiro (eds) *Strategic Interaction in Schizophrenia*, New York,: Behavioral Publications (187–200).
Paul, G. L. and Lentz, I. (1977) *Psychosocial Treatments of Chronic Mental Patients: Milieu Versus Social Learning Programs*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
Pryce, J. G. (1977) 'The effects of social changes in chronic schizophrenia: a study of forty patients transferred from hospital to a residential home', *Psychological Medicine* 7: 127–39.
Richard, H. C., Dignam, P. J. and Horner, R. F. (1960) 'Verbal manipulations in a psychotherapeutic relationship', in L. Krasner, and L. P. Vilman (eds) *Case Studies in Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart and Winston.
Rutner, I. T. and Bugle, C. (1969) 'An experimental procedure for the modification of psychotic behaviour', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 651–3.
Schwartz-Place, E. J. and Gilmore, G. C. (1980) 'Perceptual organization in schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology* 89: 409–18.
Shepherd, G. W. (1977) 'Social skills training: the generalization problem', *Behavior Therapy* 8: 1008–9.
Shepherd, G. W. (1978a) 'Treatment in natural and special environments', in M. P. Feldman and J. Orford (eds) *The Social Psychology of Psychological Problems*, New York: John Wiley.
Shepherd, G. W. (1978b) 'Social skills training: the generalization problem: some further data', *Behaviour Research and Therapy* 16: 287–8.
Sherman, J. A. (1965) 'Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behaviour in mute psychotics', *Journal of Abnormal and Social Psychology* 70: 155–64.
Slade, P. D. (1972) 'The effects of systematic desensitization on auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 10: 85–91.
Slade, P. D. (1973) 'The psychological investigation and treatment of auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 46: 293–6.
Slade, P. D. and Bentall, R. P. (1988) *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination*, London: Croom Helm.
Spaulding, W., Storm, L., Goodrich, V. and Sullivan, M. (1986) 'Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation', *Schizophrenia Bulletin* 4: 560–77.
Tarrier, N. (1989) 'Effect of treating the family to reduce relapse in schizophrenia: a review', *Journal of the Royal Society of Medicine* 82: 423–4.
Tarrier, N. (1991) 'Some aspects of family interventions in schizophrenia. I: Adherence to intervention programmes', *British Journal of Psychiatry* 159: 475–80.
Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, S. and Freeman, H. (1988) 'The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse', *British Journal of Psychiatry* 153: 532–42.
Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S. Porceddu, K., Watts, S. and Freeman, H. (1989) 'Community management of schizophrenia: a two year follow-up of a behavioural intervention with families', *British Journal of Psychiatry* 154: 625–8.
Trower, P., Bryant, B. and Argyle, M. (1978) *Social Skills and Mental Health*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.
Wallace, C. J. (1981) 'The social skills training project of the Mental Health Clinical Research Center for the study of schizophrenia', in J. P. Curran and P. M. Martin (eds) *Social Skills Training: a Practical Handbook for Assessment and Treatment* , New York: Guilford.
Wallace, C. J. and Liberman, R. P. (1985) 'Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial', *Psychiatry Research* 14: 239–47.
Watts, F. N., Powell, G. E. and Austin, S. V. (1973) 'The modification of abnormal beliefs', *British Journal of Medical Psychology* 46: 359–63.

Weingaertner, A. H. (1971) 'Self administered aversive stimulation with hallucinating hospitalized schizophrenics', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36: 422–9.

Westermeyer, J. F., Harrow, M. and Marengo, J. T. (1991) 'Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders', *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 259–66.

Wincze, J. P., Leitenberg, H. and Agras, W. S. (1972) 'The effects of token reinforcement and feedback on the delusional verbal behaviour of chronic paranoid schizophrenics', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 5: 247–62.

الفصل السابع عشر

فحص المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى

Problems related to Sexual variation : Investigation

A. J. Chalkley أ . ج . شالكلى

الفصل السابع عشر

فحص المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى

أ . ج . شالكلى A. J. Chalkley

كان من الشائع خلال الأربعينيات والخمسينيات الحديث عن الانحرافات الجنسية [١]، كما كانت هناك دراسة شهيرة فى الستينيات تحمل عنوان "الانحراف الجنسى" [٢]، (Storr, 1964). وقد استخدمت منذ ذلك الوقت تعبيرات مثل التنوع [٣]، او التغاير، وغير المعتاد [٤]، واللانمطى [٥]، بدرجات مختلفة من التكرار.

وتوحى هذه التغيرات بتطور بطئ نحو مناخ للرأى ، أكثر تحررا ، غير أن الشعور بالأزمة فى المجال ، والذى استمر حوالى عشرين عاما أو أكثر ظل مقاوماً. ولايمكن بالطبع اعتبار كل شخص متحرر (ليبرالى)، وحتى إذا كان الجميع متحررين، فمن غير الواضح ماالموقف الذى يتعين أن يقفه الشخص المتحرر من المشكلات ذات النوعية المعينة التى يشكلها التغاير أو التباين الجنسى. وقد انشغل الأخصائيون الأكلينيكيون، فى الولايات المتحدة على وجه الخصوص، بمشكلات الانتهاك الجنسى [٦]. ورغم أن هذا الموضوع يشكل مجموعة من القضايا ذات الصلة بالتغاير الجنسى ، بالقدر نفسه من الصله بالانتهاك الجنسى، إلا أنه يبرز قضايا تتعلق بمدى مناسبة القوانين الحالية فى علاقتها بالتغاير الجنسى.

وربما يعكس الأزمة بصورة أفضل، ذلك المستوى المنخفض من الإحالات التى أصبحت تعرض فى الممارسه الأكلينيكيه الروتينيه ، بعد أن استبعد النظر فيها من المنظور النفسى الشرعى [٧]. وقد شعر الكثيرون من الاخصائيين الأكلينيكيين بالراحة من تخلصهم من مجال عمل مشحون بالصعوبات الاخلاقيه. غير أن إمكانية الخدمة الأكلينيكيه مازالت قائمة ، عندما توجد ظروف يشعر فيها شخص بالكدر من بعض جوانب الاختلاف الجنسى.

وعلى هذا الأساس سيتم تناول قضايا التقييم فى هذا الفصل.

---

(1) Sexual perversions.
(2) Sexual deviation.
(3) Variation.
(4) Anomaly.
(5) Atypical.
(6) Sexual offender.
(7) Fornsic.

التعريف ومحاور الاهتمام

الزملات التقليدية

كانت الطريقة المعتادة لوصف التغاير الجنسى باستخدام النماذج البنائية القائمة على فكرة الخصائص التى تظهر معا [(١)]، وكانت أكثر الفئات المعروفه وضوحا هى التشخيص الطبى، إلا أن الأخصائيين الأكلينيكين وكذلك الأطباء النفسيين تبنوا النظام البنائى أو الطوبولوجى، وقد استخدمت الطوبولوجيا لتعريف المجتمع البحثى للمرضى، إلى جانب أنها وفرت أكثر الصيغ العامة المختصرة المقبولة للتواصل بين الأخصائيين الأكلينيكيين. وسنقدم هنا أكثر ست فئات مُعرفة فى المملكة المتحدة والولايات المتحدة الامريكية ، وستقدم الجنسية المثلية فى مره اخرى وليس الآن.

١- الميول الاستعراضية [(٢)] والتى يقوم فيها الناس بعرض أعضائهم الجنسية فى مواقف حضاريه غير مناسبه، مثال ذلك فى الحدائق العامه والملاعب، والاحتمال الأكبر أن ذلك يثيرهم جنسيًا.

٢- الفتشيه [(٣)] وحيث تتجه التخيلات الجنسية أو السلوك المكشوف بدرجة غير معتادة نحو الملابس، أو أجزاء من الجسم، الأشياء الناعمة أو الخشنة ، أو أشياء أخرى متسعة التباين من مكملات الملابس (الإكسسوارات) مثل المناديل أو غيرها.

٣- عشق الاطفال [(٤)]، وحيث تدور خيالات الراشدين بطريقة رومانسية أو شبقية حول الأطفال، وتنوع الاتصال بهم، مقدرين فى الأطفال براءتهم وجمال سحنتهم أو نعومه بشرتهم.

٤- الساديه - المازوكيه [(٥)] وحيث تتركز التخيلات الجنسيه فى مجال غير معتاد من السياقات أو المواقف المتسمة بالسيطرة والخضوع (عادة الاثنان معًا) ، وحيث تتضمن الأنشطة الجنسية إكراهًا [(٦)] وتقييدًا [(٧)] وألمًا.

٥- التبديل الجنسى [(٨)]، وحيث يشعر شخص ما أنه، أو انها من الجنس الاخر (بالرغم من وعيه أو وعيها غير المريح بالهويه الجنسيه الحقيقيه) ويسعى إلى الحياه كأفراد الجنس الاخر وأن يعامل مثلهم.

٦- ارتداء ملابس الجنس الآخر [(٩)] وحيث تتركز الخيالات على الملابس والهوية التى تعبر عنها، وحيث يتم السعى للحصول على الإشباع، والإحساس بالاسترخاء بارتداء دورى لملابس الجنس الآخر كلية أو جزئيًا.

---

(1) Co-occurring.
(2) Exhibitionism.
(3) Fetishism.
(4) Paedophilia.
(5) Sadomasochism.
(6) Coercion.
(7) Restriction.
(8) Transsexualism.
(9) Transvestism.

ويصنف الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل أغلب هذه الفئات تحت اسم "الشذوذ الجنسى" [١] معلقا بعد ذلك أنها لا تشخص عمليًا على الاطلاق فى حاله الإناث" (APA, 1987; 280). وهى تعبر عن انفصال منطقى بين الساديه والمازوكية بما فى ذلك الاحتكاك [٢] (والذى لا يشار اليه غالباً فى التراث المعاصر) والتلصص. وقد حل تعبير تبديل الزى الفتشى [٣] محل ارتداء ملابس الجنس الاخر. ويصنف التبديل الجنسى منفردا بوصفه اضطرابا فى الهويه الجنسيه [٤] ويعامل خلل الانا القبضى الجنسى المثلى باعتباره اضطراباً جنسيًا فى حد ذاته. وقد ذكر جيرت (1992) Gert أن تعريف الشذوذ لا يتفق مع تعريف جمعيه الطب النفسى الامريكية للأضطرابات العقلية بصفة عامة ، وهو التعريف الذى يتطلب خبرة المعاناة والمخاطر المتزايدة للمعاناة ، وأن تعريف جمعية الطب النفسى الامريكية للشذوذ الجنسى لا يتضمن مخاطر معاناة.

والتعبيرات السابقة ليست هى كل المتاح فى هذا المجال، ويورد أنون وروبنسون Annon and Robinson (1980) حوالى ١١٠ مسمى تقليديًا للاضطرابات الجنسية الممكنة او المفترضة بدءًا من الادميه [٥]، إلى الحيوانية [٦] ، أو التى مازال يعتقد أن نصفها على الأقل يمثل تغايراً. وحتى فيما بين الفئات السته السابقة هناك إمكانية للخلط ، مثال ذلك أنه من الصعب أحيانًا التمييز فى الممارسة بين عاشق الاطفال والاستعراضى (Mohr et al., 1964) كما أن الأفراد فى فئة التبديل الجنسى صنفوا على مدى فتره طويلة بين فئة مرتدى ملابس الجنس الآخر، كما صنف من يرتدون ملابس الجنس الآخر قبل ذلك فى فئة الفتشيين.

وهناك مشكلة أخرى تتعلق بالفروض الجدلية ، التى تدور حول أن هناك دائمًا شيئًا غير سوى حول الانتماء إلى واحدة أو أكثر من هذه المجموعات، ويصعب إقامة الدعوى على أن العضوية فى أى فئة منها أمر غير معتاد إحصائيًا، وذلك إذا وضعنا فى اعتبارنا المحرمات الاجتماعية ، التى تمنع السؤال عن هذا النوع من المعلومات، وأعداد هؤلاء غير قاصرة على من يتقدم منهم إلى الأخصائيين الأكلينيكيين. وقد وجد جوسلين وويلسون (1980) Gosselin and Wilson خمسه عشر فى المئة فقط فى مجموعة للعون الذاتى [٧]، من الساديين- المازوكيين ، يريدون التخلص من تفضيلاتهم الجنسية. كما وجد برنس وبنتلر Prince and Bentler (1972) الذين تلقيا ردوداً من ٥٠٤ من قراء مجله "تبديل الزى" [٨]، الأمريكية أن ٧٦٪ من عينتهم ، لم يسبق لهم على الإطلاق استشارة طبيب نفسى.

والمجموعتان اللتان غالبا ما يعرض أفرادهما فى المواقف الأكلينيكية هما الاستعراضيين وعشاق الاطفال (وقد خرج من مستشفى المودزلى من هؤلاء ١١٤ ، ٥٦ حاله بالترتيب نفسه خلال السنوات الست من ١٩٧٠ إلى ١٩٧٥). وهم يمثلون ما بين أربعة إلى خمسة فى المئة من كل حالات المرضى السيكاتريين الذين خرجوا من المستشفى خلال هذه السنوات، وكثيرا ما تكون هذه الحالات تخص الطب الشرعى، وتمثل مجتمعا انتخابيا.

(1) Paraphilias.
(2) Frotteurism.
(3) Transvestic Fetichism.
(4) Gender Identity disorder.
(5) Adamism.
(6) Zoophilia.
(7) Self-help group.
(8) Transvestia.

ومن ناحية أُخرى ، وبالنظر إلى المجتمع غير الأكلينيكى الضخم، يثور السؤال حول ما إذا كانت التفضيلات المتنوعة ، يتعين عدم النظر اليها فى حد ذاتها على أنها سويه.

وقد اعتبرت إحدى الدراسات التجريبية أن استعراض الذات [1] يمكن أن يثير فى بعض المواقف الاشخاص الأسوياء مثلهم فى ذلك مثل الاستعراضيين (Langevin et al., 1979)، بينما أشارت دراسة اخرى إلى أن الأسوياء الراشدين سيستجيبون جنسيا للشرائح [2] وافلام الفديو التى تصور صغار الفتيات فى عمرثمانى سنوات (Freund et al., 1972).

والخلاصة هى أنه قد تم تعرف عدد من الزملات التقليدية ، وأشار اليها الأخصائيون الأكلينيكيون وتبينوها. ولهذه الزملات استخداماتها ولكن لها فى الوقت نفسه مترتبات ، تكفى لأن تجعل من غير المرغوب فيه إجراء تقييم يعتمد عليها.

الانشغالات النفسية

على النقيض من الباحثين، يبدو أن الأخصائيين الأكلينيكيين أقل شغفًا بموضوع الميول الاستعراضيه والفتشية وغيرها ، وهذا بحكم حقهم أكثر من كونه راجعًا للطريقة التى تؤدى ببعض الناس، فى ظروف معينه، للتعبير عن انشغالاتهم فى الجلسات الأكلينكية . والملاحظات القليلة المقدمة هنا حول الانشغالات تأثرت بالمناقشات العامه، التى قدمها شابيرو Shapiro (1975) ولنفيلد Landfield (1975) وفيك وزملاؤه Fisch et al. (1982) حول طبيعه هذا الاختلال النفسى "والشكاوى" (على الترتيب) فى علم النفس الأكلينيكى. والانشغال ليس هو نفسه العرض، ولا توجد حاجة لأن يكون الشاكى مريضًا. وقد يعبر الوالدين والشركاء أيضًا عن انشغالاتهم للأخصائيين الأكلينيكيين ، ومن حقهم نتيجة لها البحث عن علاج. والانشغال أساساً تقرير ذاتى ، وبالطبع يمكن فحصه بطريقة موضوعية ، وقد تكون له جوانب سلوكية، ولكنه ذاتى بمعنى أنه يتضمن إدراك شخص ما لحالة القلق ، والأكثر من ذلك فإن الانشغال أكثر ميلاً لأن يتضمن إحساساً بالكدر ، والكدر قد يتضمن عجزاً، ويمكن النظر إلى العجز بإعتباره حقيقياً (خوف معوق من التسوق ، اعتمادية على الفتشية للحصول على الإثاره الجنسية) أو مجازا (عدم القدرة على تغيير نمط الحياة أو التعامل مع المشكلات، إحساس بفقدان الحول).

ويعامل ما يشكل الانشغال عادة باعتباره واضحًا فى ذاته ، سواء صواباً أو خطئا، وعلى الرغم من ذلك فعند التعامل مع إحالة لمشكلة تغاير جنسى ، فإن الصعوبات المتضمنة فى تحديد الخط العلاجى تبدو أكبر من المعتاد، وتتضمن الفقرات التاليه محاوله لإلقاء بعض الدلائل التجريبية ، وتعريف الأنماط العامة للأنشغال ، وأغلب الفئات التى سيشار إليها ، مستقل كل منها عن الآخر، غير أن المريض يعرض بسهوله شديده إنشغالات حول أكثر من فئة.

١- يدرك المريض أو المريضه نفسه علي أنه شديد الاعتمادية علي مجال ضيق من المنبهات المثيرة جنسيا. فقد يكون من الصعب الحصول على المصدر الرئيسى للاشباع الجنسى. وبعض الرموز الفتشية نادرة أساسا مثال ذلك درجة لونيه معينة من الشعر الأحمر، أو شخص يرتدى سماعه أذن، أو شخص بيده أداة قياس. وقد لا يستطيع رجل ممارسه الجنس مع شريكته ، مالم تكن مرتديه قطعة ملابس معينة (Chalkley and Powell, 1983) . **وقد ذكر سبنجلر Spengler (1977) الذى قام بدراسة مسحية على ٢٤٥ رجلا ساديًا- مازوكيًا فى المانيا الغربية أن ١٥ فى المئه منهم لا يستطيعون الوصول إلى النشوة فى**

(1) Self-exposing.
(2) Slides.

الجماع ، دون القيام بنشاط سادى-مازوكى، وينطبق ذلك على وجه الخصوص على أولئك ، الذين يقومون بدور سلبى أو الساديين أو المازوكيين فقط.

٢- خبرات المريض الأنغلاقية المكدرة لاشكال سوية من التعبير الجنسي يعتقد عدد كبير من عشاق الأطفال ممن فحصهم ويلسون وكوكس (Wilson and Cox (1983 أن العلاقات الجنسية السوية بين الراشدين مقززة ، ومثيرة للخوف ، ومرعبة ، وبلا ميزة ، إلى المدى الذى تعتبر فيه الأشكال التقليدية من التعبيرات الجنسية مجرد غير ملائمة أكثر منها غير مقبولة. وان الأمر لا يستحق عرضة باعتباره انشغالاً. وقد يذكر المرضى فتره ماضيه كانوا محتجزين فيها فى موقع بعيد ، أو فى سجن ، وحيث كانت حياتهم الجنسيه قاصرة أو محدودة بدرجة خطيرة (McGuire et al., 1965). وقد يشعرون أنهم أصبحوا مفقودين، وينظرون إلى تفضيلاتهم على أنها ثابتة ، وفى مقابل ذلك، فإن مثل هذه العقبات أو الانغلاقات قد تكون مؤقتة ، ولكنها متكررة ،ويحتمل أن تعكس صعوبات فى العلاقات الحميمة (Groth and Birn-baum, 1978).

٣- يعاني المريض من قلق وانزعاج من بعض جوانب تفضيلات جنسية معينة ويمكن أن يتعلق مثل هذا القلق والانزعاج بالتباين الجنسى أو بشىء آخر يدركه المريض ، باعتباره يمنع استمتاعه بتفضيل جنسى معين، وقد ينزعج رجل مما يعنيه ارتداؤه لملابس الجنس الآخر بالنسبة لهويته الجنسية أو ملاءمته كزوج، أو قد ينزعج من آثار الاستمناء المتكرر على خيالات جنسية معينة ، وقد يكون الشخص الذى يرغب فى مناقشة شذوذه الجنسى (أو التى تناقش شذوذها الجنسى) مهمومًا بما إذا كان شذوذه قد أبقى على علاقته الجنسية الغيرية ، وهل سيمارسها، وما موقف القانون منه، وكيف يتعامل مع تحيزات الناس نحو الشواذ، ما مقدار ما يعرفه من معلومات حتى الان، وماالاحتياطات التى يتعين عليه أن يتخذها للوقاية من الإيدز .. الخ.

٤- شريك منشغل بتفضيل جنسي معين. كثيراً مالا يعرف الأشخاص ذوى الأهمية للمريض شيئا، وربما أقل القليل حول الاختلاف الجنسى للمريض ، وقد ادعى ثلثا افراد المجموعة التى درسها سبنجلر ، أن أبائهم وأمهاتهم وإخوتهم يجهلون ميولهم السادية-المازوكيه، والأمر نفسه لنسبة كبيرة من الزملاء والأصدقاء والزوجات. ويحافظ أصحاب التزيى بملابس الجنس الآخر على ممارستهم سرا، وتتباين للغاية استجابات الشركاء ، الذين يتم اخبارهم أو يكتشفون الأمر. وأولئك اللاتى يعترضن فإنهن يفعلن ذلك ، وفقا لما يذكره برايرلى (Brierley (1979 لأنهن يشعرن أن أزواجهن ليسوا رجالاً كاملين، أو لأنهن يشعرن أنهن غير محبوبات لذواتهن فقط ، أو لأنهن يخشين الهجر. ويعتقد الكس كمفورت Alex Com-fort أن المتزيى بملابس الجنس الاخر بعلم الزوجة غير الفزعة أو الخائفة عاده ما يجد أن أفعاله القهرية ، مهما كانت أسبابها، لا تفسد حياته الجنسية فى دورها الذكرى (Comfort, 1972 : 212) وفى الممارسات الجنسيه الأخرى. ومهما كان الشريك متحررا، فإنه يكون اكثر ميلا للاحتجاج إذا كان هناك طقس واحد ، يبدو مصدراً غير ضرورى للانهماك أو الانشغال وإذا ما كان طويلاً ومعقداً ، وإذا عوق القلق منه الاتصال الجنسى ، أو إذا ناقض بسخف أية مشاعر للرقة والدفء الإنسانى.

٥- تساؤل المريض حول هويته أو هويتها الجنسية. وقد يسأل كل من الشواذ جنسيًا والمتزيين بملابس الجنس الاخر حول هويتهم الجنسيه. ويعانى المتبدلين جنسيًا من هذه الخبره بصورة أكثر تطرفًا، ويعبرون فى حالات كثيرة عن كدر حاد من وضعهم البيولوجى ، سواء كانوا ذكورا أو إناثًا، وكثيراً ما يحدث ذلك مع طلبهم إجراء جراحه للتغيير الجنسى ، مبررين ذلك باعتباره حالة عاجلة ، وغالبًا ما يكون

طلبهم مصحوبًا بحديث عن الانتحار. وينصح بانكروفت (1990) Bancroft الأخصائيين الأكلينيكيين بتوضيح أن القرارا بشأن الجراحة يتطلب مشاركه أخصائيين أكلينيكيين آخرين ، ويسهل ذلك على المريض التعبير عن تردده من تحمل العملية .

٦- تقرير المريض حول صعوبه تحكمه في دفعاته القهرية. قد يرتبط الكثير من أشكال التغير الجنسى بسلوك مكشوف،أو يمكن تعريفه بالفعل بهذا السلوك المكشوف، ويمكن إدراك ذلك بوصفه صعوبة فى التحكم الذاتى، ومن أمثله ذلك التلصص (أو البصبصة) والكشف عن الاعضاء الجنسيه، وتحسس الشخص أو احتكاكه بالغرباء، أو تتبعهم أو إغوائهم أو السرقة ، أو التوارى أو ارتداء ملابس مطاطيه أو جلدية أو التحزيق (ارتداء ملابس ضيقة للغاية) أو المزاح أو بأيه طريقة أخرى ، يرتدى بها شخص ملابس مطاطية أو بلاستيكية شديدة الضيق (إلى درجة الاختناق احيانا) أوارتداء ملابس الجنس الآخر أو البذاءة او الفحش .

وليست هذه هى كل الانشغالات التى يمكن أن تكشف عنها مقابله مع مريض مختلف جنسياً .

والانشغالات الاخرى ذات الطبيعة النفسية ، والتى ربما ترتبط بالتشخيص السيكايترى ستؤخذ فى الاعتبار. والأمر المتعلق بتكامل الانشغالات ذات العلاقة بالانحراف الجنسى ، مع تلك الاخرى المتعلقة بالتشخيص السيكايترى، وكذلك تقدير أولويات العلاج فى ضوئهما ، ستكون موضوع اهتمام الفصل الثامن عشر.

الانشغالات القانونية

توجد فى المملكة المتحدة ، وفى غيرها من البلدان ، طرق عديدة ، ترتكب بها الاعتداءات ذات الطبيعة الجنسية . وهى تتضمن فى المملكه المتحده مجامعة جنسية غير مشروعة (أى عندما يكون الشخص أقل من ١٦ عامًا ، أو إذا كان لسبب أو آخر غير قادر على التعبير عن رضائه عن هذا السلوك) غشيان المحارم (1) ، اللواط (2)، (أى الجماع الشرجى)، التهجم غير المهذب (أى الاحتكاك البدنى المصحوب بإيحاءات جنسية دون رضاء)،عدم الاحتشام أو البذاءة الجسيمة مع طفل (والتى تتضمن دعوة طفل للقيام بفعل جنسى) ، عدم الاحتشام الجسيم بين الذكور، التعرى غير المهذب ، الإخلال بالأمن (وهو قانون عام يجرم كل اعتداء ، ويمكن ان يتهم وفقاً له أى شخص يتزى بملابس الجنس الآخر)، وقد أصبح من يتزيون بملابس الجنس الآخر عرضة لعدد من الإتهامات المتعلقة بممارسة الدعارة ، مثال ذلك عندما يوجودون فى الشوارع ليلاً ، وقد وضعوا أحمر شفاه ثقيلاً ومكياجا فى وجوههم. والقانون فى المملكة المتحدة صارم عندما يتعلق الأمر بالاطفال.

ومنذ عام ١٩٩٠ وضع ميثاق الاطفال موضع التنفيذ، وأصبح من الواضح أن الأخصائيين الأكلينيكيين لم يصبحوا محميين كما كانوا، بواجبهم المتعلق بالثقة نحو مريض راشد ، عندما تتعارض هذه الثقة مع مخاطر تتعلق بمصالح طفل.

بعض المتغيرات المحكية الأخرى

يقصد بالمتغيرات المحكية هنا تلك المحكات التى تثير اهتمام الأخصائى الأكلينيكى ، وحتى الآن كانت القضية هى تعريف الانشغالات ، التى يتعين أن يتجه إليها العلاج ، وهناك بعض العوامل التى

(1) Incest.
(2) Buggery.

ترتبط بهذه الانشغالات ، والتى يمكن أن تكون ذات قيمة فى تفسيرها ، وبالمثل العوامل التى قد ترتبط بها بدرجة أقل ، والتى تسهم على أقل تقدير فى القرارات الخاصه بالتدخل أو بالتنبوءات حول النتائج. ويعتمد إختبار الاخصائى الأكلينكى أساسا لأىّ من هذه العوامل ، هى التى يقوم بفحصها على النظريات ،التى يعتنقها هذا الأخصائى الأكلينيكى صراحة أو ضمنا.

النظـــــــريات

تتصور النظرية التحليليه اضطراباً متشابهًا فى الشخصية ، هو الذى يقف خلف كل اشكال المرض النفسى فى كل الانحرافات الجنسية. وكانت نظرية التعلم المبكرة التى تفسر التغاير الجنسى أساساً نظريات تتعلق بالإثارة المنحرفة [1]، وكانت الأسئلة التى تطرح تدور حول لماذا ينجذب بعض الناس إلى الأشياء الخاطئة. ومع بعض الصعوبات يبدو من المقبول التفكير بتعبيرات الإثارة المنحرفة ، دون التفكير فى غيرها. ويبدو أنها اكثر ملاءمة بالنسبه للفتشية ، وربما فى عشق الأطفال منها فى حالة الميول الاستعراضية والتبديل الجنسى. ويعتمد الأمر على ما إذا كان هناك منبه يقبل التحديد ، هو الذى ينجذب اليه المريض. وقد يعبر المريض عن جاذبية ، أو قد يمكن استخلاص جاذبية من خلال استجابة المرضى لوصف مسجل على شريط صوتى لأشياء أو أحداث معينة ، أو ربما يوحى بها شىء قام به المريض مثل البذاءة أو ارتداء ملابس الجنس الآخر ، ويصبح الأخصائى النفســى فى هذا الموقف الأخير فى موقف مشابه لموقف العالم فى علم الطباع [2]، الذى يفترض الجاذبية من سلوك الحيوان الشهوانى أو الاتصالى الجنسى اللاحق (Beach, 1976).ومع ذلك يكون من الصعوبة بقدر كبير فى بعض أنماط السلوك ، التوصل إلى أى نوع من التعميمات الوصفية ، حول منبهات فعاله سابقة أو لاحقة.

وقام لانجفين وزملاؤه Langevin et al. (1979) بفحص للميول الاستعراضية واستخلصوا أنه كان من السهل القول ما الذى لا يجذب الاستعراضيين أكثر من قول ما الذى ينجذبون إليه . فقد كانوا ينجذبون إلى شكل امرأة ، ولكن بالمقارنة بمجموعة ضابطة غير منحرفة ، لم يكونوا اكثر انجذاباً للفتيات الصغيرات، أو للرجال ، وللنساء اللاتى يداعبن أعضاء جنسية لرجال ، ولا لنساء يستمتعن أو يعانين صدمة.ويبدو أن النظريات أصبحت غير متماسكة الآن بدرجة أكبر ، وحيث يقوم الباحثون بتحديد مجالات متعددة للاهتمام (Annon and Robinson, 1980) ، أو مكونات للسلوك الجنسى (Barlow, 1977). وقد قام أنون وروبنسون بتجزئه الاستثارة المنحرفة إلى مشكلات ، تتعلق باختيار الأشياء وبالسلوك وأضافا فئة أطلقا عليها اسم الهوية [3] (اضطراب الهوية الجنسية والدور الجنسى وصورة الجسم). واحتفظ بارلو بتعبير الاستثارة الجنسية الشاذه [4] ، ولكنه اقترح ضرورة فحص الاستثارة الجنسية السوية [5]، وكذلك المهارات الاجتماعية ذات الطابع الجنسى الغيرى[6]، وانحرافات الدور الجنسى [7] ،وتسمح هذه التطورات بالاهتمام بظواهر أكثر، كما أن لها ميزة أخرى تتمثل فى إطلاق التفسيرات المختلفة للكينونات المنطقية المتمايزة ، ولا يوجد سبب، على سبيل المثال، يفسر لماذا يتعين أن تكون العوامل نفسها مسئولة عن

(1) Deviant arousal.
(2) Ethologist.
(3) Identity.
(4) Deviant sexual arousal.
(5) Normal sexual arousal.
(6) Hetrosexual social skills.
(7) Gender role deviations.

انجذاب رجل للملابس الداخلية لإحدى السيدات، وقيامه بسرقتها . ولندع جانباً السؤال حول لماذا يتعين أن يكون نوع واحد من التدخل مساوياً فى تأثيره لعلاج الحالتين .

وقد اتجهت النظريات بقدر أكبر لجعل محور اهتمامها تفسير اسباب استمرار المشكلات ، أكثر من الاهتمام بتفسير أسباب اكتسابها ؛ حيث أصبح لا ينظر الآن إلى العوامل المؤدية لجعل المشكلات تقاوم بالنظرة نفسها ، التى كان ينظر بها للعوامل التى تؤدى لتشكيل المشكلات بدايه . وعلى الرغم من ذلك تظل الاسئله حول الخبرات المبكرة مهمة فى الإطار المعرفى السلوكى ، إذا شعر الأخصائى الأكلينيكى أن المريض لديه معتقدات شديده القوه، وربما غير صحيحة ، حول اسهامات الخبرة المبكرة فى وضعه الراهن ، معتقدات من تلك ، التى تجعل الصعوبات أسوأ حالا.

عـوامل الاسـتمرار

تزايد عدد القضايا التى تتناولها النظريات، ولكنها مازالت لا تنصب على كل الانشغالات النفسيه التى سبق تغطيتها، وبالتالى فهى لا تغطى مجالات قد تبدو مهمة للغاية بالنسبه للأخصائى الأكلينيكى. والحقيقة أن الكثير منها يتجه لمحاولة تفسير التغاير، ولكن ليس لماذا أصبح التغاير مشكلة.

وقامت إحدى مجموعات الفروض على الربط بين التلف العصبى وواحد أو آخر من أنماط التغاير الجنسى. وقد ربط بين العطب المخى فى الفص الجبهى على وجه الخصوص والفتشية (مثال ذلك : Mitchel et al., 1954) وتبديل الزى (مثال ذلك : Davies and Morganstern, 1960). والسادية – المازوكيه (مثال ذلك Kolarsky et al., 1967). والميول الاستعراضية (مثال ذلك Hooshmand and Brawley, 1969). وعشق الاطفال (مثال ذلك : Lesniak et al., 1972) ، والتبديل الجنسى (مثال ذلك Hoening and Kenna, 1979) وكان ذلك فى تقارير عن حالات فرديه فى أغلب الأحيان ، كان التغاير الجنسى فيها موجوداً مع العطب العصبى. وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات التى انطلقت بداية من العطب المخى، والتى تضمنت عددا كبيراً نسبياً من المرضى ، كانت أكثر ميلاً لتقرير وجود قدر ضئيل من التغاير الجسنى (Kolarsky et al., 1967; Shukla et al., 1979)

وتقف خلف هذا النوع من الفحوص فكرة ، مؤداها أنه بوجود عطب من نوع ما يصبح المريض مهيئا لاكتساب أنماط نوعية متفردة من الجاذبية الجنسية ، غير أن النظرية قد تكون أيضاً تفسيراً لتحكم ضعيف فى النزعات القهرية. وقد جمع ابيشتين Epestein (1960) فى دراسة له إحدى عشرة حالة من الفتشيين من التراث ، تتلخص سمات أفرادها فى وجود زيادة عضوية فى الاستثاره، ومن بين خصائصها الأخرى التى تشترك فيها وجود الحاح أداء أفعال حركيه معينه واستعداد ظاهر للاستثاره الجنسية الفتشيه، واستثاره جنسية من أشياء تعد غير ذات طبيعة شبقية ، مثل دبابيس المشبك. والعديد من هؤلاء المرضى حُسم أن لديهم – كما قد يوجد لدى آخرين بالمثل – اضطرابات عصبية.

وعلى النقيض من تقرير ابيشتين لهذه الحالات المنتخبه من اصحاب الاستعدادات البارزه للاستثارة الجنسية الفتشية ، هناك عدد من الحالات كانت مستويات الشغف الجنسى ، لديها تبدو منخفضة (مثال ذلك Hoenigend and Kenna, 1979; Buis, 1966) وقد اشار كراوفورد (١٩٦٩) Crawford فى مناقشته للاعتداءات الجنسية إلى أن الكثيرين من المعتدين لديهم أيضا أضطرابات جنسية مثل فقدان القدرة الجنسية ، أو سرعة القذف.

وقد تظهر مثل هذه المشكلات لدى أناس ممن يكون مستوى ثقتهم في أنفسهم ضعيفًا بالفعل. ويعانى أحد عشر مريضًا من حالات شالكلى وبول Chalkley and Powell الثمانية والأربعين سواء من نوبات معينة أو من حالات تمثل وصمة مثل كثافة حب الشباب لديهم. وكان احد المرضى يسعى لإجراء عملية تجميل لأنف مدبب ، وكان آخر يغطى أنفه بيده عند الحديث لاعتقاده أنه كبير للغاية . وقد قَيِّم مايزيد عن ربع العينة ممن كان وسيط أعمارهم ٢٨ عامًا ، بواسطه طبيب نفسى ، باعتبارهم قلقين اجتماعيًا. وكان من بينهم سبعة عشر لم يجامع أى منهم امرأة على الإطلاق . وقد قيم المرضى فى دراسات أخرى ، باعتبارهم يعانون من آفات فى مهاراتهم الاجتماعية (انظر على سبيل المثال: Barlow et al., 1977) . وإدراك المريض لنفسه بوصفه غير سوى ، يمكن أن يزيد نتيجه للمسمى المعين الذى يلصقه به المجتمع ، أو الذى يلصقه هو بنفسه. وقام ويلسون وكوكس Wilson and Cox. (1983) بسؤال أعضاء جماعة تبادل معلومات عشق الأطفال (١) عن مشاعرهم حول تفضيلاتهم الجنسية ، ومن بين السبعه والسبعين إجابة . كان هناك عديد من الإجابات ذات الشحنة الانفعالية مثل : مضطرب، مذنب، خجل، حزين، بلا أمل، مكتئب، قذر، غاضب. ويرى رايتون (1981) Righton أن إدراك الجمهور لعاشق الاطفال النمطى يعززه اللغة التى يستخدمها الخبراء للتعبير عن آرائهم. وقد اقتبس عبارات ، مثل "شغف نمطى ومرض أخلاقى». وربما يكون نمو جماعات مصالح الأقليات على مدى العشرين عامًا الأخيرة قد قام بشىء ما لتغيير الصورة المعينة لدى المجتمع عن بعض الجماعات . والمحتمل بدرجة أقل أنها لم تقم بشىء لخفض الجنسية النمطية.

وقد سبق الإشارة إلى الأسباب التى تدعو شريكًا للشكوى من التغير الجنسى لشريكه ، فقد يتوقع الشريك أن تنتهى العلاقة الجنسية بالفشل ، أو تؤدى إلى إيذاء بدنى أو نفسى لأحدهما أو لكليهما. وقد يجد أن ممارسة جنسية معينة تفشل فى التطابق مع صورة ذهنية حول ما هو جنسى أو أخلاقى أو عاطفى أو سوى . ومن جهة اخرى قد يفسر كل من التغاير الجنسى والانشغالات المعبر عنها نحوه بصعوبات اخرى فى العلاقة. وقد تكون هناك إضطرابات جنسية ، وغضب وقلق متعلق بالرفض ، يميل لكف الاستثارة الجنسية (Jehu, 1980). وهناك قدر قليل من الدلائل التجريبيه والأكلينيكيه حول أن السلوك الجنسى المغاير قد يظهر فى الوقت نفسه باعتباره حالات مزاجية سلبية ، مثل : الخوف، والاكتئاب والعدائية (Weissman, 1957; Stoller, 1974; la Torre, 1980).

ويبدو من المحتمل أن المقاومه التى تنشأ عن هذه الانشغالات النفسيه، وبالأخص تلك المتعلقة بالاعتماد المتزايد على شىء أو حدث معين، سواء حقيقى أومتخيل قد تتضمن نشاطًا جنسيًا تكميليًا سواء أكان استمناءً أم جماعاً مصحوبا بتخيلات (McGuire et al., 1965). ومن المحتمل أن تؤدى مثل هذه التدعيمات القوية إلى تقوية وتشكيل الصور والأحداث والأفعال ، التى يحافظ بها المريض على الجاذبية. وتميل الأفعال غير المرتبطة بالاستمناء لأن تدرك فى وقت ما باعتبارها أقل جاذبية من تلك المرتبطة به.

الإجراءات المقننة

مثاليا توجد إجراءات مقننة لتقييم كل المتغيرات غير الظاهرة حتى الآن. وبهذه الطريقة يستطيع الأخصائى الأكلينيكى إعادة التاكد من الصدق السيكومترى للأساليب المستخدمة، كما يمكن أيضا إجراء تقييم سريع. وقد يكون من المفيد على وجه الخصوص إذا ما استطاع الأخصائى الأكلينيكى أن يتحول فى المقابله الاولى لاستخدام اختبار صادق جاهز للاستخدام ، أوبطارية معدة ، وأن يكون واثقا من إمكان

(1) Members of the paedophile information exchange.

الحصول منها على تقرير مناسب ودقيق عن انشغالات المريض. ومثل هذا التقرير يمكن أن يوفر نقطة بداية مفيدة يعتمد عليها. ومع ذلك، وكما هو الحال فى أى مجال آخر فى علم النفس، لا توجد دلائل على أن كل الجوانب المتعلقة بخبرة المريض يمكن تقييمها بصورة مناسبه ، بواسطة أية مجموعة من الإجراءات سابقة الإعداد. فمثل هذه الأجراءات تحتاج لأن تكون قادرة على تغطيه قدر كبير من المجالات، وبقدر كبير من التفصيل ويأتى ذلك نتيجه للنظرية التى ترى أن المتغيرات النفسيه نوعية نسبيًا (Spearman, 1927; Shapiro, 1970)

التقرير الذاتى والملاحظة

تتعلق الدلالة الرئيسية للخصوصية النسبية بالتقييم الأولى للانشغال النفسى ، حيث تكون الأولوية لمضمون المشكلة ، وحيث يتعين أن تكون الإجراءات المطلوبه مرنة ودقيقة. ويبدو أن هذا الأمر يعيد الأخصائى مرة أخرى إلى المقابلة (Shapiro, 1979) ، مهما كانت أوجه القصور فيها.

وأحد المتطلبات الجوهرية فى المقابله هى تأكيد مقدار ملاءمه التغطية ، فقد يحتاج أخصائى أكلينيكى إلى وصف ، يسمح بإدماج كل أنماط الأنشغال التى سبق الإشارة إليها. والأنشغالات الأضافية المتعلقة أو غير المتعلقة ، والتى تشكل هى الأخرى جزءاً من الصورة الكلية. ومن خبرتى الشخصية ، أرى أنه يتعين استخدام صورة من مقابلة شخصية (متاحة من خلال المؤلف) ، والتقدم منها لتصميم استخبارٍ شخصى (Shapiro, 1961; Seealso Lindsay and Powell, Chap. 1) يتضمن عبارات مأخوذه من المريض فى المقابلة الاولى. وتقع الأسئلة فى تسع فئات، وبينما يمكن استخدامها مع أغلب المرضى، إلا أنها نوعية بالقدر الذى يكفى للمساعدة على توفير تفاصيل الأنشغالات المتعلقة بالتغاير الجنسى فى الآتى:

١ – الأزمة ٢– التواصل مع الآخرين

٣ – التفسيرات ٤ – الآخرون ٥– مدى القبول من الآخرين

٦ – الجوانب العملية ٧– الضبط أو التحكم ٨ – اليأس ٩– الإرهاق.

ويمكن من مثل هذا الإجراء الوصفى العام اقتراح أسئلة نوعية معينة ، وتوجد فى بعض الاحيان اختبارات سيكومترية توضح ذلك ، ويتضمن كونت (Conte, 1983) ، مراجعة عامة لاختبارات الورقة والقلم للأداء الجنسى (انظر أيضاً الفصل التاسع Desilva).

كيف يتشابه التقرير الذاتي لهذا المريض وملاحظات سلوكه ، مع أعضاء مجموعة ذات هوية جنسية معينة ؟ يمكن القول – بقدر من الصواب – فى ضوء الكتابات المبكرة حول الزملات المرضية ، أن الاختبارات التشخيصية محدودة الاستخدام وعلى الرغم من ذلك هناك الكثير من أنواع مقاييس التقرير الذاتى ، صدرت على امتداد الأعوام السابقة . وقد نشر فرويند وزملاؤه (1977) .Freund et al مقياساً من ٢٩ بنداً للهوية الجنسية ، يعتمد على تقرير ذاتى للسلوك ، وقد أختيرت البنود على أساس قدرتها التميزية بين جماعات الذكور المختلفة. وكانت وجهه نظر المؤلفين هى أن الجزء الاول من المقياس ساعد على التميز بين مبدلى الزى ، وأصحاب التبديل الجنسى (بناء على الفرض القائم على أن أصحاب تبديل الزى ذوو جنسية غيرية ، بينما أصحاب التبديل الجنسى من غير أصحاب الجنسية الغيرية). بينما يساعد الجزء الأخير من المقياس على التميز بين الشواذ جنسيًا من اصحاب التبديل الجنسى، والشواذ جنسيًا من غير أصحاب التبديل الجنسى. ويصف بارلو وزملاؤه (1979) .Barlow et al قائمة ، تتضمن ستة أشكال للدور الجنسى.

ما مقدار شيوع وتكرار أو قوة تخييلات هذا المريض الجنسية ؟ الأمر الممكن هو احتمال تعلق مواد أغلب الاختبارات المفيدة بالتخييلات الجنسية ، وقد قدم عدد من الدراسات بيانات ذات علاقه ، ومن المؤكد أن المعلومات لم تكن دقيقه ، وهى تميل للتعامل مع فئات التخييلات ، بدلاً من التخييلات النوعية. وقد قامت كل الدراسات بمسوح للجمهور السوى ، غير أنها تتضمن بنوداً يمكن لمريض ما أن يعتبرها منحرفة. وقامت سو (1979) Sue بدراسة مسحية لتخييلات طلاب الجامعات الأمريكية الذكور والاناث اثناء ممارستهم الجنس. ويذكر تقرير لكريبولت وكويتير (1980) Crepault and Couture على أربعة وتسعين كنديا من أصول فرنسية ، بين العشرين والخامسه والاربعين من العمر أن ١٤,٩٪ منهم دائما ما تكون خيالاتهم الجنسية حول نساء يرتدين ملابس وحليًا مثيرة ، بينما كان ٨,٥٪ غالبا ما يتخيلون مناظر لنساء مربوطة بقيود ومستثارة جنسيا. ويتضمن كتاب ويلسون(1978) Wilson استخبارا للتخييل الجنسى ، وبيانات حول مجموعة من الرجال والنساء "من نوى المراكز الوظيفية العالية نسبيا" الذين طبق الاستخبار عليهم. وعلى الرغم من أن درجة المريض على بند معين لا يمكن مقارنتها بالعينة ، إلا أنه كان من الممكن مقارنة الدرجات على العوامل الأربعة ، التى اشتقت عامليًا من هذه البنود. والتى سميت "الاكتشاف"، "والحميمية" (العلاقة الحميمة) "واللاشخصية" و"السادية – المازوكية". كما قدم سميث واوفر (1991) Smith and Over وميوويسن واوفر (1991) Meuwisseen and Over بيانات استخبارات للتخييلات الجنسية لرجال ونساء (MSFQ and FSFA على الترتيب) (1)، وكان كلاهما مثيراً للشغف من حيث متوسط درجة الاستثارة ، ومتوسط مرات استخدام التخييلات. وكان حجم العينة والمجتمع الاصلى الذى سحبت منه البنود لاستخبار التخييلات الجنسية للإناث أكبر كثيراً من نظيره فى استخبار التخييلات الجنسية للذكور. وفى كل من الدراستين ، ضُمنت فقط النتائج الخاصة بالخمسة والعشرين بنداً الأكثر إثارة ، وجميعها ذات تشبعات عاملية تزيد عن ٤ ، وقد تضمن وعاء البنود تخييلات حول خبرات الأنشطة الجنسية المعتادة ، أكثر مما تضمن من تخييلات خيالية أو مواد مشابهة . وقد يساعد هذان الاستخباران الأخصائيين الأكلينيكيين على تقييم قوة وتكرار التخييلات الشائعة بين المرضى ، ممن قد تكون لديهم خبرة تخييلات غير شائعة أيضا.

وبالنسبه لمريض التبديل الجنسي الملائم علي وجه الخصوص لجراحه التبديل الجنسي ؟ يبدو أنه لا يوجد اختبار له قدرة تنبؤيه ، وقد توصلت دراسة قام بها ڤاليندر وزملاؤه (١٩٧٨) Valindar et al. إلى نتائج ضعيفه لما بعد الجراحه ، مرتبطة بالوجود السابق للشخصية غير المستقرة ، وعدم ملاءمة الاعتماد على النفس (مثال ذلك الفشل فى الحصول على وظيفة او الاستمرار فيها) مسانده غير ملاءمة من الأسرة، أومن الأصدقاء الحميمين، هيئه جسمية غير ملائمة ، وفشل متكرر فى إقامة علاقة جنسية غيرية كاملة. وهناك دلائل على أن محكًا شائعا، ولكن سبق التحقق من عدم صدقه (وهو ما اذا كان المريض قد ناقش بنجاح قضية العيش فترة ممتدة ، والعمل فى الدور الجنسى المرغوب) نبئ ايضًا بالتوافق اللاحق لإجراء الجراحة (Meyer and Reter, 1979)

المقاييس الفسيولوجية

وفقًا لما يذكره بارلو (1977) Barlow ، الذى قام بمراجعة الموضوع على امتداد فترة متواصلة ، امتدت حتى نشر بحث زوكرمان (1971) Zuckerman ، فإن عددا من الاستجابات المختلفة تعتبر بمثابه مقاييس فسيولوجية مناسبة للإثارة الجنسية. وعلى الرغم من ذلك ، فقد ذكر نوكرمان أن أغلب هذه

(1) Male Sex Fantasy Questionnaire; Female Sex Fantasy Questionnaire.

المقاييس ومن بينها معدل ضربات القلب وحجم بؤبؤ العين ، يمكن أن تتأثر بالكثير من المتغيرات الفسيولوجية الأخرى.

ويعنى قياس الاستثارة الجنسية لدى الرجال توجيه قدر أكبر من الاهتمام ، نحو انتصاب القضيب. ومما لا يثير الدهشة أن نوكرمان اعتبره أفضل مقياس فسيولوجي ، ويميل الأخصائيون الأكلينيكيون بصفة عامة إلى تفضيل مقاييس محيط القضيب الأكثر حساسية فى القياس ، ولكنه من الناحية الفنية الأكثر تعقيداً ، وهو المقياس الذى أقترحه فروند وزملاؤه Freund et al. (1965). والمقارنة بين النوعين من المقاييس ، تبين انهما يتغيران أحياناً إلى الاتجاهات العكسية (Mcconaghy, 1974).

وهناك طريقتان رئيسيتان لقياس التغير فى محيط القضيب ، وما يسجل بشكل معتاد فى كلا الطريقتين هو أقصى سعة للاستجابة لمنبه ما معبراً عنها فى صورة نسبة مئوية لأقصى محيط للقضيب فى الانتصاب الكامل ، الذى يستطيع المريض القيام به. وقد وصف بانكروفت وزملاؤه .Bancroft et al (1966) الطريقة الأولى. وفى دراسة أكثر تفصيلا لبانكروفت (١٩٧٤) ، يستخدم محول للطاقة [١] (بمعنى أنه يحول التغيرات المادية فى الجسم إلى قراءة كهربائية) ، يتصل بحلقة من المطاط السليكونى حجمها ١٨ سنتيمتر ، مملوءة بالزئبق ومتصلة بأقطاب . وعند إنتصاب القضيب ، يزيد طول الأنبوب المطاطى والزئبق بداخله . وفى الوقت نفسه يقل قطر الزئبق ، ويؤدى ذلك إلى زيادة مقاومة المحيط. ويستطيع المريض أن يثبت هذه الحلقة بنفسه بواسطة شريط لاصق على قضيبه. وقد وصف بارلو وزملاؤه (١٩٧٠) الطريقة الأخرى ، وهى مقياس عبارة عن شداد ميكانيكى [٢]، موضوع فى حلقة غير كاملة من معدن من النوع المستخدم فى الجراحات ، ذى غلاف من البلاستيك الرقيق . والحلقة غير الكاملة عبارة عن نصفى حلقة فى الحقيقة ، متصلتين معا من ناحية واحدة ، هى ناحية الحافة ، ومعدن المقياس مرن، ومع زيادة محيط القضيب ، يحدث شد على حافة المقياس ، ويتحول ذلك إلى قراءة كهربائية . ومرة اخرى ، فإن المريض يستطيع تثبيت الحلقة بنفسه ، ويبدو جهاز بارلو وزملاؤه أصعب فى تركيبه. وبينما توجد قياسات متكررة به ، فقد تضمنت بعض التقارير مشكلات الثبات المتعلقة بهذه الطريقة (Eccles et .al., 1988)

وقد بدأت فى الظهور منذ منتصف السبعينيات أساليب فسيولوجية لقياس الاستثارة الجنسية لدى النساء.وكانت أكثر البحوث عن أساليب التخطيط التصويرى لفرط الامتلاء المهبلى [٣]، (Sintchak and Geer, 1975) وهذه التسجيلات الانقباضية الوعائية للمهبل قد تكون إما بتعبيرات مقدار الدم (DC Coupling) أو شده النبض (AC Coupling). وتقوم المريضة بإدخال مسبار شفاف بحجم وشكل، يماثل تقريباً حجم الضمادة التى تحشى بها الجروح ، فى مهبلها ، وهى تحتوى على مصدر ضوئى وكشاف ضوئى، وتؤثر التغيرات الدموية فى كمية الضوء ، الذى يرتد من الكشاف الكهربائى إلى مخرجات المحول التصويرى الكهربائى. وقدم هاتش (1979) Hatch مراجعة للقضايا المتعلقة بتطبيق واستخدام هذا الجهاز.

ولا توفر أغلب المقاييس الفسيولوجية، قياساً مباشراً للمتغيرات المحكية ، التى سبق الإشارة إليها من قبل ، ويثير ذلك قضية صدقها المحكى. ويبدو أنها مدينة بشكل ما ، من الناحيه المنهجيه ، للمناخ

(1) Transducer .
(2) Mechanical strain gauge.
(3) Vaginel potoplethy smograph

السائد والشائع فى السنوات المبكرة على وجه الخصوص للقياس السلوكى ؛ بهدف توفير مقاييس ذات ثبات كبير. ويمكن القول أنه بالنسبة للأخصائى الأكلينيكى العادى ، الذى يتعامل أساساً مع عملاء يتقدمون برغبتهم، سيكون من المتوقع تقديمهم لتقارير ذاتية حول قلقهم، وسلوكهم القهرى ، ومن المفضل أن يقدموا تقارير حول الاستثارة الجنسية لديهم . وعندما تفشل التقارير الذاتية والاستثارة الفسيولوجية فى الارتباط – وربما لدى ربع العينات – (Abel et al., 1981) لا تصبح القضية واضحة المعالم ، بحيث نقرر أى المقاييس هى الأكثر ملاءمة.

ولا يتوقع أن يزور أى ممن يقدمون تقارير ذاتية هذه التقارير، إلا أنه يمكن أيضاً قمع الاستجابة الانتصابية (Henson and Rubin, 1971) ، وهناك المزيد من المناقشة لهذه القضايا فى ماكوناى McConaghy (1989).

ويبدو أن هناك حالات تتطلب – على الرغم من ذلك – استخداماً أكلينيكياً للمقاييس الفسيولوجية، تحت ظروف معينة. وترى دراسة قام بها آبل وزملاؤه Abel et al. (1975) ان هناك احتمالاً أن يكون بعض المرضى على غير دراية بما يثيرهم جنسياً وقد قام المؤلفون بعمل شريط تسجيل متتابع يسجل وصفاً صوتياً لرمز فتشى ، وكان المريض يعتقد أن رمزه الفتشى كان صندلا أبيض أو بنّيا ذا أربطة مفتوحة ، وعندما أعيد تشغيل الشريط له ، أدى إلى تسجيل مستوى من الاستثارة القضيبية على جهاز التخطيط البيانى للانتصاب القضيبى ، تبلغ ٢٠٪ ، وعندما أعيد تسجيل الشريط من جديد ليتم التركيز على الإمساك بالقدم ، وتحسسه ورائحته ونعومه ملمسه ، ارتفع مؤشر الانتصاب إلى ٧٥٪.

والمقاييس الفسيولوجية مثلها فى ذلك مثل بقية الإجراءات المقننه لها دور مميز وان كان محدودا فى التقييم . والاستراتيجية الأساسية للأخصائى الأكلينيكى ، هى أن يقوم بمقابلة مع المريض ، بهدف استثارة حديثة حول الانشغالات الجنسية . وعندئذ، وفى ضوء الفروض التى توحى بنفسها ، يتقدم للتحقيق منها ، أو توضيح أفكاره حول الانشغالات بتعبيرات المتغيرات المحكية ذات العلاقة .

References

Abel, G. G., Blanchard, E. B., Barlow, D. H. and Mavissakalian, M. (1975) 'Identifying specific erotic cues in sexual deviations by audiotaped descriptions', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 8: 247–60.

Abel, G. G., Blanchard, E. B., Murphy, W. D., Becker, J. B. and Djenderedjian, A. (1981) 'Two methods of measuring penile response', *Behavior Therapy* 12: 320–8.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Annon, J. S. and Robinson, C. H. (1980) 'Sexual disorders', in A. E. Kazdin, A. S. Bellak and M. Hersen, (eds) *New Perspectives in Abnormal Psychology*, New York: Oxford University Press.

Bancroft, J. (1974) *Deviant Sexual Behaviour: Modification and Assessment*, Oxford: Clarendon Press.

Bancroft, J. (1990) *Human Sexuality and Its Problems. 2nd edn.*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bancroft, J., Jones, H. and Pullan, B. (1966) 'A simple transducer for measuring penile erction with comments on its use in the treatment of sexual disorders', *Behaviour Research and Therapy* 4: 239–41.

Barlow, D. H. (1977) 'Assessment of sexual behavior', in A. R. Ciminero, K. S. Calhoun and H. S. Adams (eds) *Handbook of Behavioral Assessment*, Wiley: New York.

Barlow, D. H., Becker, R., Leitenberg, H. and Agras, W. S. (1970) 'A mechanical strain gauge for recording penile circumference change', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 3: 73–6.

Barlow, D. H., Abel G. G., Blanchard, E. B., Bristow, A. R. and Young, L. D. (1977) 'A heterosocial skills behavior checklist for males', *Behavior Therapy* 8: 229–39.

Barlow, D. H., Hayes, S. C., Nelson, R. O., Steele, D. L., Meeler, M. E. and Mills, J. R. (1979) 'Sex role motor behavior: a checklist', *Behavioral Assessment* 1: 119–38.

Beach, F. A. (1976) 'Cross-species comparisons and the human heritage', *Archives of Sexual Behavior* 5: 469–81.

Brierley, H. (1979) *Transvestism*, Oxford: Pergamon Press.

Buis, C. (1966) 'A child's spectacles as fetish', *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* 69: 359–62.

Chalkley, A. J. and Powell, G. E. (1983) 'The clinical description of forty-eight cases of sexual fetishism', *British Journal of Psychiatry* 142: 292–5.

Comfort, A. (1972) *The Joy of Sex*, London: Quartet Books.

Conte, H. R. (1983) 'Development and use of self-report techniques for assessing sexual functioning: a review and a critique', *Archives of Sexual Behavior* 12: 555–76.

Crawford, D. A. (1979) 'Modification of deviant sexual behaviour: the need for a comprehensive approach', *British Journal of Medical Psychology* 52: 151–6.

Crepault, C. and Couture, M. (1980) 'Men's erotic fantasies', *Archives of Sexual Behavior* 9: 565–81.

Davies, D. M. and Morganstern, F. S. (1960) 'A case of cysticerosis, temporal lobe epilepsy and transvestism', *Journal of Neurology, Nerosurgery and Psychiatry* 23: 247–9.

Eccles, A., Marshall, W. L. and Barbaree, H. E. (1988) 'The vulnerability of erectile measures to repeated assessments', *Behaviour Research and Therapy* 26: 176–83.

Epstein, A. W. (1960) 'Fetishism: a study of its psychopathology with particular reference to a proposed disorder in brain mechanisms as an etiological factor', *Journal of Mental and Nervous Disorders* 133: 247–53.

Fisch, R., Weakland, J. H. and Segal, L. (1982) *The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly*, San Francisco: Jossey-Bass.

Freund, K., Sedlacek, J. and Knob, K. (1965) 'A simple transducer for mechanical plethysmography of the male genitals', *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* 8: 169–70.

Freund, K., McKnight, C. K., Langevin, R. and Cibiri., S. (1972) 'The female child as surrogate object', *Archives of Sexual Behavior* 2: 119–33.

Freund, K., Langevin, R., Satterburg, J. and Steiner, B. (1977) 'Extension of the gender identity scale for males', *Archives of Sexual Behavior* 6: 507–19.

Gert, B. (1992) 'A sex caused inconsistency in DSMIIIR', *The Journal of Medicine and Philosophy* 17: 155–71.

Gosselin, C., and Wilson, G. D. (1980) *Sexual Variation*, London: Faber & Faber.

Groth, A. N. and Birnbaum, H. J. (1978) 'Adult sexual orientation and attraction to underage persons', *Archives of Sexual Behavior* 7: 175–81.

Hatch, J. P. (1979) 'Vaginal photoplethysmography: methodological considerations', *Archives of Sexual Behavior* 8: 357–74.

Henson, D. E. and Rubin, H. B. (1971) 'Voluntary control of eroticism', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 4: 37–41.

Hoenig, J. and Kenna, J. C. (1979) 'EEG abnormalities and transsexualism', *British Journal of Psychiatry* 134: 293–300.

Hooshmand, H. and Brawley, B. W. (1969) 'Temporal lobe seizures and exhibitionism', *Neurology* 19: 1119–24.

Jehu, D. (1980) *Sexual Dysfunction. A Behavioural Approach to Causation, Assessment and Treatment*, Chichester: Wiley.

Kolarsky, A., Freund, K., Machek, J. and Polak, D. (1967) 'Male sexual deviation: association with early temporal damage', *Archives of General Psychiatry* 17: 735–42.

Landfield, A. W. (1975) 'The complaint: a confrontation of personal urgency and professional construction', in D. Bannister (ed.) *Issues and Approaches in the Psychological Therapies*, London: Wiley.

Langevin, R., Paitich D., Ramsay, G., Anderson, C., Kamrad, J., Pope, S., Geller, G., Pearl, L., and Newman, S. (1979) 'Experimental studies of the etiology of genital exhibitionism', *Archives of Sexual Behavior* 8: 307–31.

La Torre, R. A. (1980) 'Devaluation of the human love object: heterosexual rejection as a possible antecedent to fetishism', *Journal of Abnormal Psychology* 89: 295–8.

Lesniak, R., Szmusik, A. and Chrzanowski, R. (1972) 'Case report: multidirectional disorders of sexual response in a case of brain tumour', *Forensic Science* 1: 333–8.

McConaghy, N. (1974) 'Measurements of change in penile dimensions', *Archives of Sexual Behavior* 3: 381–8.

McConaghy, N. (1989) 'Validity and ethics of penile circumference measures: a critical review', *Archives of Sexual Behavior* 18: 357–69.

McGuire, R. J., Carlisle, J. M. and Young, B. G. (1965) 'Sexual deviations as conditioned behaviour: a hypothesis', *Behaviour Research and Therapy* 2: 185–90.

Meuwissen, I. and Over, R. (1991) 'Multidimensionality of the content of Female Sexual Fantasy', *Behaviour Research and Therapy* 18: 179–89.

Meyer, J. K. and Reter, D. J. (1979) 'Sex re-assignment. Follow-up', *Archives of General Psychiatry* 36: 1010–15.

Mitchell, W., Falconer, W. A. and Hill, D. (1954) 'Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy', *Lancet* 2: 626–30.

Mohr, J. W., Turner, R. E. and Jerry, M. B. (1964) *Paedophilia and Exhibitionism: a Handbook*, Toronto: University of Toronto Press.

Prince, V. and Bentler, P. M. (1972) 'Survey of 504 cases of transvestism', *Psychological Reports* 31: 903–17.

Righton, P. (1981) 'The Adult', in B. Taylor (ed.) *Perspectives on Paedophilia*, London: Batsford.

Shapiro, M. B. (1961) 'A method of measuring psychological changes specific to the individual patient', *British Journal of Medical Psychology* 34: 151–5.

Shapiro, M. B. (1970) 'The intensive investigation of the single case', in P. Mittler (ed.) *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps*, London: Methuen.

Shapiro, M. B. (1975) 'The requirments and implications of a systematic science of psychopathology', *Bulletin of the British Psychological Society* 28: 149–55.

Shapiro, M. B. (1979) 'Assessment interviewing in clinical psychology', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 211–18.

Shukla, G. D., Srivastava, O. N. and Katiya, B. C. (1979) 'Sexual disturbances in temporal lobe epilepsy: a controlled study', *British Journal of Psychiatry* 134: 288–92.

Sintchak, G. and Geer, J. (1975) 'A vaginal photoplethysmograph system', *Psychophysiology* 12: 113–15.

Smith D. and Over R. (1991) 'Male sexual fantasy: multidimensionality in content', *Behaviour Research and Therapy* 18: 267–75.

Spearman, C. (1927) *The Abilities of Man*, New York: Macmillan.

Spengler, A. (1977) 'Manifest sadomasochism in males. Results of an empirical study', *Archives of Sexual Behavior* 6: 441–56.

Stoller, R. S. (1974) 'Hostility and mystery in perversion', *International Journal of Psychoanalysis* 55: 424–34.

Storr, A. (1964) *Sexual Deviation*, Harmondsworth, Middx.: Penguin.

Sue, D. (1979) 'Erotic fantasies of college students during coitus', *Journal of Sex Research* 15: 299–305.

Walinder, J., Lundstrom B. and Thuwe, I. (1978) 'Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex re-assignment', *British Journal of Psychiatry* 132: 16–20.

Weissman, P. (1957) 'Some aspects of sexual activity in a fetishist', *Psychoanalytic Quarterly* 26: 494–507.

Wilson, G. D. (1978) *The Secrets of Sexual Fantasy*, London: Dent.

Wilson, G. D. and Cox, D. N. (1983) *The Child-Lovers*, London: Peter Owen.

Zuckerman, M. (1971) 'Physiological measures of sexual arousal in the human', *Psychological Bulletin* 75: 297–329.

الفصل الثامن عشر

علاج المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى

Problems related to Sexual variation Treatment

A. J. Chalkley أ . ج . شالكلى

الفصل الثامن عشر
علاج المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى
أ. ج . شالكلى A. J. Chalkley

مقدمة

لم يكن العلاج فقط هو الاستجابة الوحيدة التى استثارتها المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسي. ويبدو أن لبعض أساليب التدخل جوانبها المعوقة والمؤدية إلى العجز (الصدمات الكهربائية، والعلاج الهرمونى، والجراحات التصحيحية على سبيل المثال)، ويؤدى العلاج فى حد ذاته مع بعض أنماط التغاير الجنسى إلى احتمال التدخل فى حقوق الشخص للمضى فى حياته بالطريقة التى يختارها . ويمكن النظر إلى قضيه العلاج بشكل منطقى ، إذا ما استمر الاهتمام متجهًا فقط لما يحاول الأخصائيون الأكلينيكيون والمرضى تحقيقه ، على أن يظل موضوع الانشغال هو المحور الواضح دائمًا فى الذهن. ويجب أن لا يتوقع من الشخص أن يكون راغبًا في التخلص من جنسيته المثلية. غير أنه قد يكون من ناحية أخرى مهمومًا للغاية من قيامه بمبادرة قهرية نحو شاب يصغره بعشرين عامًا، وبالتالى يخاطر بمستقبله (McConaghy et al., 1981) وغالبا ما يريد أغلب الاخصائيين الأكلينيكين العمل مع قلق هذا الشخص، حول جنسيته المثلية ، والصعوبات التى يعانى منها للتحكم فى سلوكه القهرى ، اذا لم يكن انجذابه متجها نحو الرجال الآخرين.

وهذا التمييز بين التغاير الجنسى والمشكلات ، التى ترتبط به أحيانًا عُرض فى الفصل السابق. وقد ذُكر أنه في الوقت الذى يوجد فيه قبول عام لتبولوجيا للتغاير الجنسي، فإن هذه التبولوجيا غير مُرضية من عدة جوانب . وبدلاً من التوقف عندها ، مضى الفصل فى التعامل مع قضايا التقييم من خلال الفئات الست للانشغال المشتقة من المصادر الأكلينيكية ،وإن كانت غير صادقة وفق أى طريقة منهجية جيدة. وسيعاد عرض هذا التناول هنا مرة أخرى. وفى القسم الثانى من هذا الفصل ستعطى أهميه إلى أى أساليب العلاج يبدو أنها الأكثر ملاءمه لكل مجال من مجالات الانشغال. وقد تتطلب بعض أساليب التدخل مناقشه أكثر تفصيلاً . وقد تم تغطية هذه المناقشات فى القسم الثالث، ويتناول القسم الأول نتائج الدراسات المنشورة.

نتائج الدراسات المنشورة

لاشك أن كل نمط من أنماط الانشغال يتشكل عادة بوصفه متغيرًا تابعًا فى نتائج التراث ، ذات العلاقة، ولهذا فغالبا ما يكون من الصعوبة القول ؛ أى علاج يفيد ، وأيه لا يفيد مع كل فئه. ودعنا نحدد على انفراد المتغيرات المأليه والعلاجية . ويصبح السؤال عند هذه النقطة ، هو إلى أى مدى تكون أساليب العلاج ناجحة فى حد ذاتها.

تعديل أنماط الاستثارة

اعتمدت أغلب الإجراءات التى تناولتها البحوث فى التراث على نظرية التعلم . وكانت أهدافها الأصلية تعديل أنماط الاستثارة. وتعود هذه الاجراءات بصفة عامة إلى فترات ماضية غير بعيدة ، غير أن هناك واحداً أو اثنين من التطورات الحديثة ، مثال ذلك "فقدان الحساسية للتنبيه"(١) (Lopiccolo, 1985). والاثنان اللذان يحتمل أنهما الأكثر شهرة، هما: "إعادة تشريط النشوة الجنسية" (٢) (Marquis, 1970)، و"زيادة الحساسيه التخيلية" (٣) (Cautela, 1967; Cautela and Wisocki, 1971). وسيتم وصفها فيما بعد فى هذا الفصل، وتستخدم بعض التعبيرات الاخرى التى تصف هذه الأجراءات أو تعديلات هذه الأجراءات. وقد وصفت إعادة تشريط النشوه الجنسيه بإعتبارها "تشريطًا عكسيًا" (٤) (Jackson, 1969)، وعلى أنها تشريط للأستثارة (٥) (Keller and Goldstein, 1978)، وعلى أنها "تدريب على الاستمناء" (٦) واعتبرت "زيادة الحساسية التخليلية" علاجًا تنفيريًا (٧) (Callahan and Letienberg, 1973). ولكنها اعتبرت حديثا مناقضه لذلك. (McConaghy et al., 1981). مع قصر العلاج التنفيرى على الصدمات الكهربائية (٨)، ومثيرات القيىء (٩) والروائح غير الطيبة.

وكانت التقارير المبكرة حول إعادة تشريط النشوة الجنسيه مشجعه، غير أنه بدأ التعبير عن القلق نحوها على أسس مختلفه فى السنوات الاخيره من السبعينيات. وكانت أغلب التقارير حولها عباره عن تقييم لحالات فرديه أو تقارير لحالات فرديه متعدده. يضاف إلى ذلك أن الدلائل كانت قليلة عندما كان هذا العلاج يقيم بإستخدام المقاييس السلوكيه والفسيولوجيه شديده الصرامة. (Conrad and Wincze, 1976). وقد قدمت عده تفسيرات حول لماذا يبدو الأسلوب أقل فعاليه عما كان واعدا به فى البدايه. وفى الطريقة الاصليه كان ماركيوز Marquis يطلب من المريض ان يقوم بالاستمناء مستخدما أيه تخييلات يجد أنها أكثر إثاره له (وذلك بافتراض انه سيستخدم تخييلات شاذه) ثم يتحول إلى تخييلات اكثر ملائمه عند اللحظة التى يشعر فيها بعدم امكان وقف اقتحام النشوة. وقد اشار كيلر وجولدشتين Keller and Goldstein (1978) إلى ان ذلك عباره عن تشريط عكسى لأن المنبه غير الشرطى (١٠) (وهو الاستمناء) يتلو المنبه الشرطى (التخييلات الأكثر ملائمه) مثيران لجدل حول أن نموذج التشريط غير العكسى كان اكثر فعاليه فى النظريه، وقد قدما إيضاحاً أكلينيكيا باستخدام سياق بديل .

جاءت مشكلة أخرى فى إعادة تشريط النشوة الجنسية من منظور نظرية التشريط التقليدية، أثارها كامين Kamin ، وهى انه إذا جرت محاولة لتشريط منبه شرطى تانٍ بعد تشريط واستقرار استجابه شريطية انفعالية باستخدام احد المنبهات الشرطية (أى سياق يتضمن منبها شرطيًا أول، ومنبهاً

---

(1) Stimulus satiation.
(2) Orgasmic reconditioning.
(3) Covert sensitisation.
(4) Counter-conditioning.
(5) Arousal conditioning.
(6) Masturbation training.
(7) Aversion therapy.
(8) Electric shocks
(9) Emetics.
(10) Unconditional Stimulus (US).

شرطيًا ثانيًا، ومنبهًا غير شرطى) سيتبين أن تقديم المنبه الشرطى بمفرده لا يؤدى إلى حدوث تشريط. ؛ إذ يحدث تأثير إعاقى [١] (Kamin, 1969).

ويوضح كانتوروفيتز (1978) Kantorowitz مشكلات أخرى فى القسم المخصص للمناقشة فى دراسة مماثلة ، وهو يعتقد أن المرضى قد يستخدمون تخييلاً آخر منحرفًا "لتعويض" الاستثارة الجنسية ، أو إحساسا انهم حققوا نشوة على الرغم من استخدام تخييل ملائم يعد بالأحرى منبهًا غير جذاب بالنسبة لتفكيرهم. وذكر كريمسدورف وزملاؤه (1980) .Kremsdorf et al دراسة ،نجحوا فيها فى علاج عاشق للأطفال يبلغ العشرين من العمر ، بواسطة أساليب يعتقد أنها تزيل بعض هذه الصعوبات. وكانت الدراسة غير عاديه فيما أوردته من حدوث تحسن على ثلاثة مؤشرات فسيولوجية للنسبة المئوية لقوة الانتصاب لمنبهات شاذة ، وأخرى غير شاذة ، وكمون القذف [٢].

وهناك بعض النتائج المناظرة تستخلص من التراث عن زيادة الحساسية التخيلية ، ومرة أخرى توجد تقارير حول أن العلاج كان ناجحًا مع حالات فردية. وكانت البحوث المبكرة تميل إلى التركيز علي الاجراءات، وحديثًا فقط تحول الانتباه إلى محكات النتائج. وعندما حدث ذلك ، تبين أن هناك دلائل قليلة على أن زيادة الحساسية الكامنة أو أى إجراء آخر ، صمم أوليا لقمع الاستثارة المنحرفة يمكن أن يؤدى إلى إعادة توجه جنسى بعيد المدى. وقد اكتشف على الرغم من ذلك أن زيادة الحساسية التخيلية جيدة ، إن لم تكن أفضل أيضًا ، من الصدمات الكهربائيه على كل المقاييس التى قُيمت بها. وبما أنها الأرخص تكلفه، وتؤدى إلى القليل من الأخطاء ويستطيع الشخص تطبيقها على نفسه بسهوله شديده، وغالبا ما تجعل أغلب المعالجين أكثر راحة ، فقد أصبحت العلاج المفضل ;Callahan and Leitenberg, 1973) (Mcconaghy et al., 1981 ، وقد استخلصت هذه النتائج فى مناخ ذى حساسية متزايدة لأية محاولة للتدخل فى حريه الأشخاص وفى النمط الجنسى الذى يختارونه ، طالما لا يؤدى اختيارهم هذا إلى التسبب فى أى أذى يقع عليهم ، أو على غيرهم. (انظر على سبيل المثالDavison, 1997) واستمرار أى أسلوب للقمع فى الثمانينيات ، تطلب بعض الإيضاحات، حول ما حققته هذه الأساليب العلاجية، وما كان متوقعًا منها أن تحققه. ويذكر ماكوناى وزملاؤه (١٩٨١) فى مقال لهم أن بعض الناس قد يرغبون فى الحصول على المساعدة للتحكم فى الدفعات الجنسية غير المرغوبة ، ويؤدى رفض علاجهم فى حد ذاته إلى اعتراضات أخلاقية . وأكثر الإجراءات التجريبية المختبرة فعالية الآن هى زيادة الحساسية التخيلية. ويضيفون على الرغم من ذلك أنه إذا كانت الإجراءات المستخدمه لا تؤدى إلى تغيير توجهات الفرد الجنسيه بل تؤثر فى سلوكه فإن الأمر يتطلب فى هذه الحالة نظرية ، تكون مسئولة لا عن الطريقه التى يؤثر بها العلاج في ما كان يجذب الشخص، بل فى كيف تحدد سلوكه المباشر نحوها. ويؤكد جير وفير Geer and Fuhr (١٩٧٦) على إسهام التشتيت [٣]، كما يقيس ماكوناى وزملاؤه (١٩٨١)Maconaghy et al. الدلائل النفسيه الفسيولوجيه لتدعيم تفسير ، يستخدم تعبير ميكانيزمات "اكتمال السلوك" [٤]، وتعد هذه أمثلة أخرى للمنحى المختلف عن "نظرية الاستثارة المنحرفة" [٥].

(1) Blocking effect.
(2) Latency of ejaculation.
(3) Distraction.
(4) Behavior Completion.
(5) Deviant arousal theary.

التغلب على الصعوبات الاجتماعية وصعوبات العلاقات

احتوى التراث على امتداد فترة من الوقت وصفًا للأساليب العلاجية المساعدة ، كما أعتبرت أساليب تعديل أنماط الاستثارة غير مرضية. ويرى الأخصائيون الاكلينيكيون أنه من الضرورى تنمية الأشكال المناسبة للتفاعل الاجتماعى والجنسى ؛ حتى تتاح لأساليب العلاج الأساسية أداء مهمتها (Barlow, 1997) ، وقد قاموا بالتركيز على عدد من القضايا المنوعة ، والتى تتضمن من ناحية تقارير حول النفور من الأعضاء الجنسية الأنثوية ، أو المشاعر السلبية الناتجة عن رؤيه أشخاص عرايا من الجنس الآخر ، وتتضمن من ناحية أخرى أوصافًا للتفاعل الاجتماعى ، الذى يتسم بالتأثير الضعيف والتعبير الصوتى والمناقشات الضعيفة .

ويتضمن عدد من دراسات الحالة تقارير حول استخدام ناجح للتسكين المنظم، والتدريب على المهارات، ويبدو أن هذه الأساليب كانت ناجحة هى الأخرى تمامًا فى زيادة الاستجابات الجنسية التى قيمت باعتبارها ملاءمه (انظر بارلو Barlow 1973) ؛ لمراجعه مبكره للبحوث، ومقالات أحدث لتيرنر وڤان هاسيلف Turner and Van Hasself (1979) ، وكراوفورد والن Craw ford and Allen (1979). ومازال هناك اتجاه للنظر إلى هذه الإجراءات على أنها إجراءات مساعدة (بما يعنى انخفاض أهميتها) فى قدر كبير من التراث البحثى، على الرغم من أن البرامج أصبحت ذات منظور أشمل ، خلال العقدين الاخيرين أو حولهما (Barlow, 1990).

وقد أثار مارشال وزملاؤه Marshall et al. (1991) قضية منح الأولوية للصعوبات المعرفية والصعوبات فى العلاقات على مشكلات التباين الجنسى، وقد وصفوا دراستين علاجتين متتاليتين لمرضى استعراضيين قامت بهما مجموعتهما، وتم قياس النتائج بمفاهيم معدلات الانتكاس. وقد جرى التركيز فى الدراسة الأولى (ن = ٤٤، والانتكاس حوالى ٣٥ فى المئة على مدى ثمانى سنوات) على الإستثارة المنحرفة، وتضمنت استخداماً للتسكين [(١)] أو الإغراق [(٢)] بهدف خفض القلق، وكذلك نمذجه [(٣)] ولعب ادوار [(٤)] لتعزيز مهارات الحوار. واستخدم فى الدراسة الثانية (ن = ١٧، ومعدل الانتكاس حوالى ٢٤ فى المئة على مدى أربع سنوات) تسكين تخيلى [(٥)] واستمر استخدامه، وأوقف التنفير الكهربائى ، وكان مبرر استخدام التسكين التخيلى واضحًا ، حيث كان الهدف منه المساعده على تطوير القدره على التحكم فى الأفكار ، بدلاً من أن يكون بمثابة عقاب للمشاعر المغايرة ، وقد اتجه قدر كبير من الاهتمام لتطوير مهارات التعامل مع التوتر : تدريب توكيدى [(٦)]، تدبر للتوتر، وإعادة التنظيم الإدراكى، وتدريب على مهارات إقامة العلاقات.

التعامل مع الهوية الجنسية

نوقش فى الفصل السابق تقييم أصحاب التبديل الجنسى ، والذى يتم عند إجراء جراحة التغيير الجنسى. ولا يؤثر كل المرضى فى النهاية إجراء الجراحة. ومن بين أولئك الذين يرغبون

(1) Dessensitisation.
(2) Flooding.
(3) Modeling.
(4) Role play.
(5) Covert dessensitisation.
(6) Assertiveness.

فيها من لا يختارون جميعا. وقد وجد كون Conn (1979) خمس عشر دراسة ، نشرت بين عامى ١٩٦٦ و ١٩٧٨ عرضت النسبة المئوية للنتائج الناجحة أو المحايدة لكل حالة. واتجهت الأرقام للارتفاع بوسيط ، يصل إلى ٩٢ فى المئة.

وقد ذكرت دراسه أحدث للتحول الجنسى من الذكورة إلى الأنوثه أن التوافق الجنسى الشامل غالبًا مالا يتغير بواسطة الجراحة. وفى إحدى الحالات كانت نسبة الثلث فقط من بين أولئك ، الذين كان لديهم جهاز مهبلى ، أصبح لديهم أداء مهبلى. ومرة أخرى تم تقييم الثلث على أن لديهم توافقًا جنسيًا جيدًا بعد إعادة تحديد هويتهم الجنسية (Lindemalm et al., 1986). وذكرت دراسة أجريت على أربعين حاله تحويل جنسى من أنوثة إلى ذكورة زيادة فى أمراض الدم المتعلقه بعملية التبويض (Futterweit et al., 1986).

ونادرًا ما تكون جراحات التحويل الجنسى علاجًا نفسيًا، غير أن الاخصائى النفسى سيكون مشاركًا فيها ، وفى الإعداد لها بالضرورة. وسيكون مشاركا أيضًا فى محاولات إعادة تطبيع الاهتمامات الجنسية للمريض وإعادة توجيه دوره أو دورها البيولوجى. وتوجد تقارير حول نجاح هذا المنحى فى بحوث نشرها بارلو وزملاؤه Barlow et al. (1973) وبارلو وزملاؤه (١٩٧٩) ، وتعرض الدراسة الأولى حالة ذكر فى السابعة عشر من عمره ، كان يسعى لتغيير جنسه ، إلا أن طلبه رفض حيث كان الوقت – وفقًا لبعض الاعتبارات – مبكرًا للغاية بالنسبة له لهذا الاجراء. وقد وافق على علاج لهويته الجنسية. ويتضمن التقرير وصفًا حول كيف تغيرت هيئته الجسمية وخصائص صوته ، وتعلم القيام بتخييلات جنسية ذكرية ، وتتضمن الدراسه الثانيه متابعة إيجابية ونجاحًا قائمًا على المقارنة مع مريض آخر أكبر عمرًا بعدة سنوات عن المريض الأول ، وهى تصف أيضًا مريضا ثالثًا ، تخلى عن الهويه الجنسية الانثويه ، مقررا أن يظل ذا جنسية مثلية .

وقد يمكن توقع أن يجد الكثيرون من الأخصائيين النفسيين ، الذين يواجهون فى عملهم بإحالات من هذا النوع، أنفسهم فى نوع ما من المأزق، طالما أن البديل بالنسبة لأغلب المرضى لا يبدو جذابًا تمامًا.

التدخل فى حاله وجود انشغالات معينه

يتناول هذا الجزء فئات الأنشغال التى أقترحت فى الفصل السابق، مقدمًا بعض المقترحات حول أساليب التدخل فيها، والتى يتعين محاولة القيام بها بالنسبة لكل فئة منها. وبعض هذه الأساليب عبارة عن تعديلات لإجراءات ، نوقشت فى مواضع أخرى فى الكتاب، ووصف البعض الآخر بشكل أشمل فى القسم التالى ، الذى يناقش الأساليب العامة والنوعيه للتدخل. ويحتمل أن تقع الانشغالات فى عدد من الفئات المختلفه، ونتيجه لذلك يتعين القيام بعدد من أساليب التدخل المختلفه، ويجب بالإضافة إلى ذلك توقع وجود مشكلات أخرى ، تستهدف فى مجتمع المرضى ، من المحتمل تمامًا أن تكون ذات صلة بالانشغالات الجنسية، مثال ذلك الاضطراب الوجدانى، والشعور بالذنب واليأس.

الاعتماد الزائد على مجال ضيق من المنبهات. يعد مجالا مستهدفًا ، حيث يمكن إعادة تشريط الاستثارة الشبقية [1] بطريقة تتسم بالمزايا. ويجب أن يكون هدف العلاج زيادة عدد المنبهات التى تجذب المريض، وليس إحلال أشياء بديلة عن هذه المنبهات. ويتضمن هذا الإجراء أساسًا تقييمًا للخصائص الجذابة فى كل منبه (أى تحليلا للمنبهات المؤثرة أو لخصائصها) ، ثم السعى بعد ذلك لإحداث زيادة

(1) Orgasmic reconditioning

تدريجية فى المجال من خلال التدريب على الاستمناء وتخيلها، أو زيادة المواقف ، التى تتنوع فيها بعض الخصائص وتظل الأخرى ثابتة . وهناك بديل آخر، فقد يوجد متسع لبعض درجات السواء. وعلى الرغم من ذلك يوجد بعض الناس الذين يلاحقون أفكاراً لا يمكن تحقيقها ، ويمكن قبولها باعتبارها حلاً وسطاً ظرفياً. والتحرك نحو مركز مجتمع أوسع يمكن أن يحسن من فرص تحقيق المريض لمتطلباته.

علاقات جنسيه سويه اكثر يبدو أنها عرفت على المدى البعيد أو القريب. فقد يشكو المريض من معوقات اجتماعية أوانفعالية لما يعتقد أنه الحياة الجنسية الملائمة ، وعندما يكون للمريض شريك، فيجب ان يكون هدف العمل مع الاثنين هو الآتى :

١- تيسير فهم المعوقات ٢- المساعدة على إزالتها ، من خلال الحصول على تعهدات بالقيام بتغييرات محددة ، والقيام بمواجهة معرفية للمعتقدات. ٣- المساعدة على التعبير والتواصل بين المشاعر. ٤- تحديد الأنماط السلبية للتفاعل ، وهذه المقترحات مأخوذة عن بانكروفت (Bancroft (1990 ، وهى تمثل المكونات العلاجية النفسية المتاحة فى علاج المشكلات الجنسية. ويعد العمل الفردى ضرورياً دائماً لأسباب أكلينيكية أو عملية. وتتضمن بعض أساليب التدخل الأخرى تسكين القلق الأجتماعى، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

وفيما يتعلق بعشاق الأطفال من أصحاب التفضيلات الشبقيه المستقره، ترى إحدى المراجعات أن السياقات البارزة ستتضمن مثالية الطفولة ، والقلق الطاغى حول الجنسية الغيرية مع الراشدين، واعتقاد حول عدم قدرتهم على ممارسه القوه والتحكم فى علاقه راشده. ويتحدد سياق مقابل بين الأشخاص ، الذين يتحرشون بالأطفال بين وقت وآخر ، يتضمن الغضب والامتعاض من التوقعات المدركة فى مجال العلاقات الحميمة، وحيث يحدث التحرش بالأطفال فى ذلك الوقت (Lanyon, 1986).

ويشعر مارشال وزملاؤه (Marshall et al. (1991 أن مرضاهم من أصحاب الميول الاستعراضيه دائماً ما يكون لديهم احساس بأنهم تعرضوا لخداع الاخرين، وهم يعانون من نقص فى العلاقات الدافئة، بما يؤدى إلى مشاعر الحرمان وتتزايد معاناتهم من الامتعاض من حاجتهم ؛ لأن يكونوا كاملين. وتصبح الاستعراضية طريقة للتعامل مع المشاعر السلبية ، ولا تمارس الصلات الاجتماعية على المدى القريب على الأقل بالنسبة لكثير من المرضى. وقد كتب برنارد زيلبرجيلد Bernard Zilbergeld كتابه **الرجال والجنس** لأولئك الرجال ، سواء من لديهم شريكات أم لا (Zilbergeld, 1980). ومن الأجزاء المهمة فيه للرجال ، ممن لا شريكات لهم على وجه الخصوص الموضوعات الخاصة بالاستمناء والتحسس والتبتل والتقشف وتحقيق المرء لاحتياجاته.

وتتجه هذه المناقشات لمساعدة المريض على تحقيق فهم وتقبل لنفسه من الناحية الجنسية. ويرى وارد (Ward (1988 انه إذا كانت الاحتياجات المطلوبه (للرجال والنساء) أشياء بسيطة وواقعية ، فستكون بالتالى مفيدة .

وقد بدأت بعض مؤسسات المعاقين بدنياً فى النظر إلى الاحتياجات الجنسية لأعضائها ووفرت لهم أدوات عمليه لإشباعها.

لدى المريض إنشغالات تتعلق بتفضيل جنسى معين . تظهر المعتقدات حول التفضيلات الجنسية متضمنة فكرة أنها من الأمور التى يصعب تفسيرها، وأنها غير مقبولة ،، وغير معتادة ، وشاذة أو مرعبة. وترتبط انشغالات أخرى بقدر أكبر بمترتبات ونتائج التفضيلات الجنسية.

وقد عولجت أغلب هذه القضايا فى الإطار الإرشادى ، وحيث يتجه التركيز أساساً إلى تقبل الذات، وليس إلى تغيير التفضيلات الجنسية "والارشاد الموجه إلى تقبل الذات ينمى الانفتاح الداخلى والخارجى، والقدرة على التعايش مع عدم اليقين ، مع الاستمرار فى التطور والنمو، وهو يعد من القنوات الأكثر خصوبة للحصول على السكينة " (Sketchley, 1989 a : 249) وقد تحددت قضايا الاهتمام والمساندة تاريخياً ، من خلال المؤسسات المتخصصة التى نمت خلال السبعينيات (وحتى قبل ذلك) مثل مجموعة العمل القانونية، ومركز بروك الإرشادى، واتحاد البانى، وجمعية بيمونت، وحمله اصحاب الجنسية المثليه [١] للمساواه، وهيئه الشواذ جنسيا [٢]، وتنظيم السحاقيات. وقد اهتم روكلين Rochlin (1985) بقضية بمن يسترشد الشواذ جنسياً. فقد يكون هناك الكثير من المخاطرة أن يفكر المريض فى الاتصال بمثل هذه المؤسسات المتخصصة. وقد يلجأ الشخص إلى أخصائى أكلينيكى ؛ ليوضح له أى نوع من المساعدة يمكنه أن يحصل عليها ، وكيف يمكنه الاتصال بهذه المؤسسة بشكل جيد. ويحتاج الأخصائيون الأكلينيكيون لأن يألفوا القضايا الارشادية الأخرى، لأنهم بينما يتلقون إحالات معتادة لمرضى ، بهدف إرشادهم حول هذه الموضوعات، إلا إنهم سيواجهون مثل هؤلاء المرضى عندما يقابلون مرضى من افراد مجموعات الأقليات الجنسية لأسباب اخرى. ويتعين أن يتضمن العلاج القضايا ذات العلاقة، التى تظهر خلاله (Beane, 1981) ، وكذلك العوامل التى تؤدى إلى تعقد علاقات الشواذ، والسحاقيات ، والاشخاص من اصحاب الجنسية المزدوجة [٣] ، الذين يعيشون معاً. (Peplau, 1982; Wolf, 1985) وهنا قد يأتى احد الشريكين للعلاج بينما لا يأتى الآخر ، ويعانى بعض الازواج (*) من هؤلاء من غياب مجموعات القواعد التقليدية ، التى تقوم عليها العلاقات، وغيبة الدعم الخارجى، وغياب الدور الجنسى، وأن لديهم الكثير للغاية ليجعلهم يعيشون معًا، من ذلك توقعاتهم حول الكمال.

وقد تزايد تعقد الاحتياجات العلاجيه للرجال الشواذ [٤] ؛ نتيجة لانتشار الإيدز (Morin et al., 1984). وقد تفهم الكثير من الناس ممن هم فى الثلاثينيات من العمر موت اصدقائهم، أو واجهوا بأنفسهم الموت وآثار الضعف الناتج عن المرض. ويحتاج إرشاد الأشخاص المصابين بالإيدز لوضع التطور غير المنتظم للمرض فى الاعتبار، والمرحلة التى تصل اليها استجابة شخص ما لكونه يحمل فيرس المرض [٥] ، أو إصابته بالمرض فعلاً ، فالصدمة أو الصدمة العميقة التى يتعرض لها، ومشكلة توافقه، والتفريغ اللفظى للمشاعر، والتقبل، واستعادة الشخص لإحساسه أنه متحكم فى نفسه، مستخلصاً الدلالات، متخذا القرارات، والاستعدادات لمواجهة الموت. ولا تتطور هذه المراحل فى نسق منطقى بالضرورة (Miller, 1986; 1987) ، وقد لخص سكتشلى Sketchley (1989 b) هذه القضايا ، وقدم أيضاً طرقًا لمساعدة العميل المقاوم ، الذى تكون استجابته معقدة نتيجة لتقديره لذاته.

انشغال العميل بتفضيل جنسى معين . عندما يكون لدى العميل انشغال ، ستوجد قضايا مهمة يتعين وضعها فى الاعتبار، إذ على الأخصائى الأكلينيكى أن يقرر أيهما (الشريك أو المريض) هو الأكثر انشغالاً والاكثر إذعاناً للتغير، ومن منهما الذى يقابله، وإلى أى مدى يمكن صياغة الصعوبات للشريكين

(*) المقصود هنا بالأزواج سواء زوج وزوجة ، أو أى اثنين من الجنس نفسه يعيشان معاً

(1) Homosexuals.
(2) Gays.
(3) Bisexual.
(4) Gays.
(5) Hiv.

بوصفها مشكلة تتعلق بعلاقتهما ، وليس بوصفها مشكلة شخصية. وقد يكون من الأفضل البدء بالإرشاد أثناء فترة علاج الشريكين ، وحيث يحتمل ظهور قضايا التفضيلات الجنسية المعينة (Annon, 1974) ويتضمن هذا الإرشاد ١- توفير قدر معين من المعلومات حول أن الأذواق والتفضيلات الجنسية من الأمور المألوفة. ٢- مساعدة الشريكين على محاولة الحديث عنها. ٣- خلق مناخ يتسم بالسماح والطمأنينة الملائمة . ٤- الكشف عن كيفية إدماج جوانب التخييل والسلوك فى الحياه الجنسية للشريكين. وقد يحتاج الشريك مساعدة إضافية ؛ ليتمكن من فهم لماذا يتضمن تفضيل جنسى معين معنى غير سار. وقد يبدو لزوجة أن المريض يريد إنهاء علاقتهما ، أو أنه يعرضها للمهانة ، وقد يرتبط ذلك بسياقات من ماضى الشريك أو يكون بمثابة رمز لقضايا أشمل (غير جنسية) وأكثر انحرافًا فى العلاقة بينهما ، أو يتضمن خصائص (مثل غيظ أو عنف أو إلحاح قهرى) يشجع الشريك على النظر الى سلوك شريكه على أنه مرضى، وقد يحتاج زوج أو زوجة لأن تقول "لا" لهذه الأنشطة التى تظل مثيرة للخوف أو التقزز. وقد يشعر الأخصائى الأكلينيكى أو لا يشعر أن المريض يحتاج لمساعدة فردية ، وعلى الرغم من ذلك، قد يكون من المفيد فى بعض الأحيان عدم مقابلة الزوجين معا فى البداية ، على أن يكشف لهما عن انشغالاتهما المشتركة بعد ذلك معًا.

عدم اليقين والصعوبات المتعلقة بالهويه الجنسية. يأتى المريض مزدوج الجنسية إلى الأخصائى النفسى ، معبراً عن عدم يقينه من هويته الجنسية الحقيقية. وتقرير أن الشخص ليس فى حاجة لأن يكون غيرى الجنسية أو مثلى الجنسية يؤدى إلى ترك قضية كيف يستطيع المريض الحياة بجنسية مزدوجة دون حل ،على الرغم من أن ذلك يسمح بالانتقال من قضية واحدة كبيرة إلى عدد من المشكلات الأصغر ، التى تستثير أسئلة مثل أى نوع من العلاقات يريد المريض استكشافها، وكيف ترتبط هذه العلاقات بالأهداف البعيدة . وأحيانا ما يأتى أحد مرضى التحول الجنسى ، أو تبديل الزى سائلاً المساعدة ؛ لكى يعيش عضواً فى المجموعه الجنسية التى اختارها، وقد يكون ذلك تمهيدا أو اعداداً لجراحة تغيير جنسى. وسيكون من المفيد أن يعرف الأخصائى النفسى شيئًا عن الجوانب المختلفة لخصائص سلوك الجنس ، الذى يرغب المريض فى التحول إليه. وكان هذا موضوعًا لاهتمام كيسلر وماكينا Kessler and Mckenna (1978). كما قدم ياردلى Yardley (1976) دراسة حالة ، قامت فيها معالجة انثى بمساعدة مريض تحويل جنسى من الذكورة إلى الأنوثة بتدريبه على عديد من المهارات الاجتماعية على امتداد فترة علاج، امتدت لاثنتين وعشرين جلسة علاجية ، مدة كل منهما ساعة ، تم خلالها تغطية الموضوعات الخاصة بحركة الجسم والرأس والتعبيرات الوجهية وايقاع الجسم وهيئته والإيحاءات والنظرات والصوت وسلوك المغازلة والتفاعل الاجتماعى بصفة عامة. ويوكد برايرلى Brierley (1979) الذى يحتوى كتابه على مناقشه لتدبير مسلك المريض المتحول ، ومبدلى الزى على الإضافه التى يقدمها أخصائى التجميل، وأخصائى علاج الكلام. والمريض الذكر الذى يسعى لكى ينُظر إليه على أنه أنثى ، لديه صعوبات تتعلق بأدوات التجميل وغيرها ، يتعين أن يتغلب عليها قبل أن يُعترف به كامرأة . وهو يحتاج لمعرفة أى نوع من الملابس والمكياج يجب أن يستخدم شخص فى عمره وبنيته الجسمية. ويرى برايرلى Brierley أن الحصول على تدريب بواسطة محترفين لتطوير الطبقة العليا من الصوت يحتمل أن يكون أكثر فعالية من العلاج الهرمونى (وهو يعتقد أن المرضى يضعون أهمية زائدة على العلاج بالأستروجين (1) مع تجاهل مخاطره الممكنة عليهم).

(1) Oestrogen.

ويرى بانكروفت Bancroft (1990) أن الدور المزدوج لأصحاب الجنسية المثلية ، أو مبدلى الزى أحيانًا ما يكون بديلاً مقبولاً عن التحويل الجنسى الكامل. وهو يرى من خلال خبرته أن هناك تباينًا منتظمًا أحيانا ما يوجد فى هوية أصحاب التحويل الجنسى، وهو يشير أيضًا إلى أن الشخص قد يمارس – على وجه الخصوص – الضغط من أجل التحويل الجنسى ، اذا ما كان شريكه يجد أن فكرة العلاقة المثليه معه غير مقبوله.

صعوبه التحكم فى الدفعات القهريه . هناك حاجه للكشف عن أسباب السلوك القهرى ، والذى يمكن أن يكون بمثابة نوع من الحساسية. مثال ذلك أن المؤلف رأى رجلاً يشعر أن التوقف عن العراك مع الأولاد الصغار ، الذين ينجذب لهم سيكون بمثابة دليل على جبنه ، وأن معاناة الجبن يؤدى إلى المرض العقلى، وبالتالى إلى الإيداع فى المستشفى. ويحدد ذلك مضمون التدخل الذى يتجه إلى التعامل مع المشاعر ، وليس إلى التحكم فى الدفعة القهرية. ولا يقل عن ذلك أن يكون هدف التدخل هو وقف السلوك (الذى تحدثه هذه المشاعر ، على الرغم من عدم تأثيرها فى جاذبية السلوك). وفيما يلى عدد من الإجراءات العامة ، التى يمكن أن يقدمها الأخصائى النفسى الأكلينيكى لمساعدة مريض ، يرغب فى التوقف عن سلوك يرى أو ترى أنه يمثل مشكلة : مراقبة الذات (١) فى المواقف والظروف ،التى تكون الدفعات القهرية فيها قوية ، طرق التحكم فى الذات (٢)، وزيادة الحساسية الداخلية (٣) . ويجب أن يفكر المعالج أيضًا فى استخدام التنفير الشمى (٤)،. طالما أنه أسلوب يتضمن إجراءات يستطيع المريض، وليس المعالج، التحكم فيها واستخدامها حسْب متطلبات الموقف. وقد وصف مالتزكى وجورج Maletzky and George (1973) استخدام حمض الناردين (٥) ؛ للمساعدة على زيادة الحساسية الداخلية ، وهما يوضحان أن هذا الحمض كان يستخدم عادة فى صناعة العطور واضافة المذاق والمستحضرات الصيدلانية ، وقدما قائمة بمزاياه، ومنها أنه ليس مادة كاوية (٦) ، ورخيص ، ويسهل الحصول عليه ، ولالون له ، ويمتص كحامض فى كرات من القطن والصوف ، ويحفظ فى زجاجات حبوب دوائية. ويأخذ المريض شمة ، عندما يشعر أن الموقف يتطلب ذلك. وقد تبنى مارشال Marshall (1974) فكرة ، اقترحها عليه راخمان S.J. Rachman ، وهى استخدام الأملاح ذات الرائحة .

التدخلات العامة والنوعية

كان عنوان هذا الجزء من الطبعة السابقة لهذا الفصل "الأساليب المعرفية والسلوكية". وبينما يمكن الأعتراف أن أفضل الأساليب المعرفية واجهت اعتراضات عملية وأخلاقية ، لم تعرض بصورة كاملة، فإن التفكير بتعبيرات الأساليب يمكن أن تكون له صفة عقابية وغير ودية ، لا تمثل ميزة فى حد ذاتها، ولهذا أسقطت الكلمة. ويحتاج التدخلان الآخرين من بين التدخلات الأربعة المقدم لها وصف هنا (التدخلين النوعيين) فى إستخدامهما ، ان يكون هذا الاستخدام إلى جانب علاجات أخرى ، واستخدامهما بمعزل عن أى علاج آخر يؤدى إلى نتيجة مجدبة .

---

(1) Self-monitoring.
(2) Self-control.
(3) Covert senstisation.
(4) Olfatory aversion.
(5) Valeric acid.
(6) Non-corrosive.

علاج "اطار الصدع العقلى"

تحدث جاجنون وسيمون Gagnon and Simon عن " إطار الصدع العقلى" (١) ، وحيث ينظر من خلاله إلى الظاهرة الجنسية على " أن الفاعل الجنسى يعيش فى حضارتنا فى انفصال فصامى ، عن الحياة غير الجنسية " حيث يشعر أن دفعاته الجنسية مستقله (Gagnon and Simon, 1973 : 285) ويستمران فى القول أنه ينظر إلى الدفعات الجنسية الآن بأعتبارها حافزاً (٢) طبيعياً على الرغم من أن تعبير حافز قد يكون مضللا، وعلى أى الأحوال ، فإن قوه هذا الحافز دائماً ما يكون - من وجه نظرهما أيضاً - مبالغاً فيها.

وقد يميل الأخصائيون الأكلينيكيون الذين يعتمدون على علم نفس الطباع (٣) ، وعلم النفس المقارن لأن يروا ما يحدث على أنه اضطراب فى وظائف طبيعية (٤). والخطورة هنا فى ذلك ، هى أن الصياغة ستتجه لجعل المشكلة الجنسية فى معزل ، وستمنح اهتمام غير كافٍ على وجه الخصوص لعالم المرضى (Plummer, 1984) ، وسيكون الخطر أكبر لأن مرضى التغاير الجنسى يميلون على أى الأحوال لأن ينظر اليهم على أنهم معزولون وبالتالى يحتاج الأخصائيون النفسيون لوضع الخبرة الجنسية للمريض فى سياق ما حدث فى حياته ككل. وقد سئل روث Rooth (1980) مرضاه من أصحاب القهر الجنسى ، حول مجالات اخرى كان ارتقاؤهم فيها ابطئ أيضاً، أو لديهم صعوبات فى التعامل معها. وقد ذكر أن المريض كان يُدعى لأن يكشف عن الصلات بين سلوكه الجنسى والتغيرات فى حالته المزاجية والبيئية .

وتؤدى صياغة وصفية ، فى مستهل العلاج، تقوم على المجال الكلى للصعوبات ، التى يتم مواجهتها أثناء التقييم إلى توفير خيارات لكل من المريض والمعالج فى إطار عمل أوسع . وقد عبر رجل فى الثلاثينيات من عمره ، خلال الجلسة الخامسة عن المجموعة الآتية من الانشغالات ، التى تقوم على فئات المقابله ، التى أشير اليها فى الفصل السابق :

- الخوف من الكشف عن أسرارى.
- الإحساس بشىء مظلم وقذر داخلى.
- منزعج من تفضيلاتى الجنسية .
- صعوبة التعامل فى مواقف المواجهه.
- شعور بالاستثارة أثناء الوجود مع الناس.
- شعور غير مريح نحو أمى.
- استياء من فصمى لعلاقة حديثة .
- الاحساس بطاقة محبطة داخلى .
- عدم استقرار.
- حالة من النوم والكسل.
- ألم مثير للضيق فى أحشائى .
- إلحاح قهرى قوى لارتداء ملابس مصنوعة من الكاوتشوك.
- إلحاح قهرى للانفصال تماماً عن الناس.

(1) The flawed intellectual framework.
(2) Drive.
(3) Ethology.
(4) Natural functions.

وكان المريض منشغلاً ، لابأن معالجه سيسميه "فتشى كاوتشوكى" ، ولكن لأن العلاج سيكون قاصرًا أيضًا على ميوله الفتشية ، كما كان يشعر بالأسى من مشاعره الداخلية غير المريحة. وبإحساسه بالنضال اللانهائى الذى يخوضه للحفاظ على صلاته بالعالم الخارجى. وبالنسبة لهذا الرجل ولآخرين فإن العلاقات المتبادلة حول انشغالات معينة بالصورة ، التى تتذبذب بها عبر الزمن ، تستخدم لإيضاح التداخل فى طبيعه الصعوبات. وأحيانًا ما تكون الصلة بين القضايا الجنسية وغير الجنسية هى التى توفر العون، وأحيانًا ما يكون القرار المعبر عنه ، هو عدم التركيز على الانشغالات الجنسية للبدء بها ، وهو الأمر الذى يلاقى الترحيب الأكبر.

طرق أخرى لخفض الشعور بالذنب وتعزيز العمل المشترك

كتب بيك وزملاؤه (1979) .Beck et al فى العلاج المعرفى للاكتئاب ، ذاكرين أن "مشكلة المريض الرئيسية " هى التى تصبح أكثر ضغطًا من بين "الأعراض المستهدفه". ويسمح إطار العمل هذا أن يكون هناك بالمثل احتمال أن لدى المريض عددًا من الانشغالات المختلفة ، بدلا من مجرد مشكلة واحدة ، وإن كانت كبيرة مثل الإستثارة المنحرفة. وعلى العكس من تقدير بيك وزملائه ، وعلى الرغم من أن إطار العمل لا يتضمن إشارة معينة لحالة سيكايترية ، أو تأكيداً زائدًا على هذه الهويات المسئولة ، مثل الميول الاستعراضية أو الفتشية ... فإن ذلك يترك على أقل تقدير قضية مفتوحة ، تتمثل فى التساؤل حول ما اذا كانت قدرة بعض مرضى التغير الجنسى على عزو ما يشعرون به إلى مرض مثل الميول الاستعراضية ، بدلا من عزوه الى أنفسهم يعد ميزة أم لا.

وينطبق ذلك على بعض أولئك المرضى ، الذين يأتون بمشكلات تتعلق بالهوية الجنسية ، والتى تفهم على أنها تحويل جنسى. ودون هذه التسمية ، لن تكون لديهم طريقة مرضية لتفسير خبرتهم. وقد يجد أفراد فئات أخرى من المرضى أن المصطلحات التشخيصيه غير مفيده على الاطلاق، بل قد يكونوا ممتنين إذا ما توصل الأخصائى الأكلينيكى إلى فهم لكيفية شعورهم بأذواقهم الجنسية الخاصة على أنها تحددت بطرق لا دخل لهم فيها . إن التأكيد على أن شخصًا تفهمهم ، يمكن أن يقلل من الشعور بالذنب، ويفرغ من فهمهم للموقف المكدر حول أنهم أشخاص غير ملائمين ، أو يفتقدون التحكم فى أنفسهم.

وسيرغب الأخصائى الأكلينيكى فى مرحلة مبكرة على الأقل فى تأكيد أن الكيفية التى يفكر بها المريض ويتصرف بها ستظل هى المشكلة. وسيجد أن عليه أن يشير إلى إمكانية إحداث تغييرات ، تتسق مع بعض التغايرات الصغيرة فى العادات والروتين . وإحدى طرق إعادة هذا التشكيل السلوكى هى التركيز على التقييم ، وهناك ثلاث طرق للقيام بذلك ، هى : أ- تقديم توضيح اضافى للمشكلات المستهدفه من حيث أحداثها السابقة واللاحقة . ب- تحديد الهدف والأهداف الفرعية للسماح بمزيد من النجاح خلال العلاج، ومساعدة المريض على تجنب النظر إلى العلاج على أنه يحقق كل شىء أو لا شيئ . ج- جعل المريض يقوم بملاحظة نفسه [1] فى ضوء إمكانية تحقيق أهداف علاجية على المدى القصير ، من خلال "الاستجابية" [2] ، والرسالة الضمنية فيها للمريض ، هى أن العلاج عبارة عن عمل مشترك.

وأحيانًا مايحتاج الأخصائى الأكلينيكى لمساعدة المريض على إدراك أن المشكلة الجنسية من الأمور العادية . وإحدى طرق القيام بذلك هى أن يقدم ربطًا إحصائيًا بين تفضيلات المريض الجنسية ، وبين ما يوجد لدى أناس آخرين سواء فى الجمهور العام ، أو لدى جمهور خاص غير مرضى. والواقع أن

(1) Self-monitoring.
(2) Reactivity.

هناك القليل الذى يعرف حول التفضيلات الجنسية لدى الجمهور العام ، غير أن القدر المعروف كافٍ للإيحاء أنه حتى بالنسبة لأشكال التغاير الأقل قبولاً من الناحية الاجتماعية مثل الاستعراضية وعشق الأطفال مرتبطة بالأنواق والممارسات الجنسية السوية. وقد نوقشت هذه النقطة فى الفصل السابق. وبينما قد يكون المريض أحد أعضاء مجموعة أقلية ، تعد فى نظره ليست مجتمعًا ذى استجابات غير سوية لبعض الأمور المتطرفة ، إلا أن بلومر Plummer (1981) يصف ما يمكن أن يحدث لمنظمة أقلية غير شعبية مثل "منظمة تبادل المعلومات حول عشق الأطفال" (١).

إعاده التشريط الشبقى

هناك عدد من الإجراءات المختلفة المشتقة من نظرية التشريط التقليدى ، وأكثرها شهرة هى طريقة ماركيوز Marquis لإعادة التشريط الشبقى (Marquis, 1970) ، والطريقة المقدمة هنا تختلف عن طريقة ماركيوز فى عدد من الجوانب ، آخذة فى الاعتبار الحقائق النظرية التالية بالاضافة إلى الأهداف العلاجية. وهى تعتمد على فكرة المزاوجة فى تتابع متدرج بين التخييلات الأكثر توافقًا (م ش٢ (٢)م ع ش، م ش٤ وهكذا) مع الاستمناء (م غ ش) (٣). وهى تفترض أن هناك تخييلاً واحدا غير توافقى ، يستمنى عليه المريض بالفعل : م ش١ ، وينظر إليه على انه مصدر المشكلة بشكل ما، والواقع أنه يحتمل أن يكون هناك أكثر من تخييل واحد ؛ مما يجعل هناك حاجة إلى ابتكار سلسلة من التخييلات الأكثر توافقية حول كل واحد منها. وعلى النقيض من الإجراءات الاخرى للتدريب على الاستمناء، لايتعين على المريض أن يستدعى التخييلات غير التوافقية إلى ذهنه أثناء استمنائه .

وتكون البدايه من خلال إعطاء المريض فكرة عن التشريط بصفة عامة وكيف يؤثر فى الاستجابة الجنسية (والتدريب على الاستمناء مقدم فى هذا الفصل بوصفه طريقة لخفض اعتماد المريض على مجال ضيق من المنبهات) ، وقد يشعر المريض بالقلق أو الذنب لقيامه بالاستمناء (أن يُضبط، أو يفكر أنه مؤذى، أو خطأ، أو غير متأكد من كيفية القيام به) ويغطى كوزينز Cousins (1980) بعض هذه النقاط. ، ويعتقد ماركيوز Marquis (1970) أن استخدام أسلوب للاسترخاء سيكون مفيداً.

ويناقش المعالج المريض كيف يرغب هذا الأخير فى خفض عدد المنبهات التى يجدها، أو تجدها جذابة. ويمكن للمعالج أن يقول شيئًا كالآتى : سيكون لديك بالأستمناء تحكم كامل فيما تتخيله ، وتستطيع أن تختار تخييلاتك المفضلة فى كل وقت ، وستحصل على فكرة أفضل وأفضل عن ما تحبه حقيقة. وقد تختار فى النهايه دائما الشيئ نفسه، وهذا حسن بمعنى ما، غير أن مشاعرك ستكون محدودة . والواقع أن ما تحبه هو شيء خاص جدا بالنسبة لك لعدد من الأسباب المختلفة ، غير أن المرء كثيرا ما ينسى ما هى هذه الأسباب. إن الذى يجذبك أكثر شيء يتسم بالخصوصية ، لأن به أشياء كثيرة جذابة ، ويمكن النظر إلى هذه الأشياء الجذابة بأعتبارها خصائص للمنبه الشرطى الأول م ش ١، ويمكن التفكير فى الخصائص على أنها تقع فى ثلاث فئات :

حسية : وهى خصائص مادية فى الناس أو فى الأشياء، بصرية على وجه الخصوص ، وخصائص لمسية ، مثل : الشكل واللون والبنية .

ظرفية : أحداث تقع للناس أو للأشياء ، أفعال يقوم بها الناس بما فيهم المريض.

---

(1) Paedophile Information Exchange.

(2) CS : conditioned stimulus مش : منبه شرطى

(3) US : unconditioned stimulus م غ ش : منبه غير شرطى

رمزية : وهى سياقات [1]. تسم التخيلات إجمالا، وتربطها ببقية مجالات حياة المريض مثل المرح والمغامرة والمخاطرة والسيطرة والقوة والحماية والخنوع والتحرر، والأمن والرضا الجمالى والمتعة البدنية.

وعند مناقشة المواد التخيلية البديلة ، يطلب من المريض أن يبدأ بالتخيلات الموجودة لديه، وأن يجد غيرها مما يكون له الخصائص العامة نفسها، أو خصائص مشابهة ، تقوم على خصائص معينة فيها أو تعدلها ، إذا تقرر الغاء بعضها أو إضعافه ، وذلك حتى تكون تعويضاً عنها. ويطلب من المريض أن يقوم بالتخيلات حول مواد مختارة ، وعندما تأخذ مكانها فى ذهنه ،عليه أن يبدأ فى الاستمناء. ويتعين تكرار ذلك عدداً من المرات (ربما ثلاث أو أربع مرات) ، قبل أن يصل إلى الدفعة الشبقيه إذا أراد. وهناك أسباب نظرية لافتراض أن عمليات التعلم ستنهار ، إذا قام المريض بإحلال المنبه الشرطى الأول (م ش ١) ، بدلاً من المنبه الشرطى الثانى (م ش ٢) الخ. ويكون الاتفاق على عدم القيام بذلك جزءاً من الاتفاق العلاجى. واذا حدثت صعوبات فى الاستثارة ، أو فى الاستمرار فيها ، فيمكن للمعالج أن يقترح استخدام كريم لتليين الأعضاء الجنسية لجعلها أكثر حساسية للمس، كما يمكن استخدام هزاز (جهاز ذبذبات) [2]. لإحداث انتصاب (Roles, 1972).

وإذا حقق المريض انتصاباً للمنبه الشرطى الأول (م ش ١) ، وليس للمنبه الشرطى الثانى (م ش ٢) إلخ ، فيعنى هذا أن العلاج كان متعجلاً مما يتطلب تجزئته إلى خطوات أصغر. ويتعين العناية بتأكيد القيام بالاستمناء عدد مناسب من المرات. فالإقلال من الاستمناء يقلل من عدد مرات المزاوجة ، ويبطىء من التعلم، والاستمناء الكثير للغاية يقلل من مستوى استثارة المريض عند حدوث المزاوجة.

زياده الحساسيه الداخلية

كما هو الأمر فى حالة إعادة التشريط الشبقى ، يكون من المهم عند زيادة الحساسية الداخلية أن تكون واضحاً فيما يتعلق بهدف العلاج ؛ فبدلاً من وضع هدف تحقيق توجه جنسى كامل ، سيكون التطبيق الأكثر عملية للتدخل هو المساعدة على التحكم فى الدفعات القهرية (McConaghy et al., 1981). ويوضح ذلك للمريض الذى تقال له بضعة أشياء حول التشريط ، وكيف يطبق فى علاجه ، وعليه أن يتخيل فى العلاج المواقف المنفرة لاستحضارها ، حين يستثيره السلوك المعين الذى يرغب أو ترغب فى كفه.

والإجراء الذى يوصف هنا يقتفى تعليمات كويتلا وفيسوسكى Coutela and visocki (1971) ، ويتفق المريض والمعالج على المواقف، التى يجب التفكير فى التحكم فى الدفعات القهريه فيها. كما يقرران أيضاً بأى طريقة ستكون هذه المواقف منفرة. وربما يمكن استخدام استبيان لهذا الهدف حول تاريخ الحياه، أو قائمه لمسح المخاوف. ويوردكوتيلا وفيسوسيكى كأمثلة : ألفاظ بذيئه كتلك التى يستخدمها المشاهدون (فى المباريات أو دور السينما الحقيره) ، والتى يعتقلون ويحاكمون بسببها، أو عبارات التأنيب التى يستخدمها معلم محترم. كما يناقش المريض والمعالج أيضاً سلسلة أخرى من المشاهد ، التى يشعر المريض بالسكينة بعد تخليه عن الانغماس فى سلسلة من أفعالها. ويتعين الاعتماد على قائمة تدعيم للأفكار المتعلقة بكيف أن هذه المواقف ستصبح مُرضية ومجلبة للسرور.

وفيما بعد سيلى وصف لمشاهد التنفير، والراحة من زوال التنفير، ووصف كل موقف من هذه المواقف يتراوح بين ١٥٠ إلى ٣٠٠ كلمة. ويطلب من المريض أن يسترخى ، ويقوم المعالج بقراءة حوالى

(1) Themes.
(2) Vibrator.

عشرة مقتطفات تنفيرية (ليس من الضرورى أن تكون العشرة مختلفة) ويحاول المريض فى كل مرة أن يتابع المشهد ، ويعمل المريض والمعالج معًا بعد ذلك على عشر مشاهد أخرى للراحة من زوال التنفير بالطريقة نفسها ، وفيما بين الجلسات التى تكون بمعدل مرتين أسبوعيًا ، يمارس المريض «السياق التنفيرى - الراحة من التنفير» ، ويتعين أن يستمر ذلك لمدة ثلاثة أشهر. وإذا ذكر المريض صعوبات فى التحكم فى المشاهد، يقترح كوتيلا وفيسوسيكى الآتى : ١- أن يتم وصف المشهد بتفصيلات أكثر. ٢- إشراك عدد أكبر من الحواس فى الوصف ٣- يمكن أن يطلب من المريض تركيز انتباهه لخصائص المواقف التى يجدها منفرة أو جذابة. ٤- يمكن استخدام الصور أو ٥- التسجيلات الصوتية التى يمكن تسجيلها خلال الجلسات للاستخدام المنزلى.

وقد يفضل الأخصائيون النفسيون الذين يعارضون علاج التحكم فى السلوك القهرى بهذا الأسلوب ، التركيز على مشكلات أخرى من بين تلك التى يقدمها المريض ؛ لجعلها أهدافًا للعلاج من منظور أن التعامل الملائم معها يؤدى لأن لا يصبح التحكم فى القهر مصدرا للانشغال.

خــــــلاصة

اهتم هذا الفصل والفصل السابق بفحص وعلاج الانشغالات المتعلقة بالتغاير الجنسى. وتقتصر هذه الانشغالات أساساً على تلك الموجودة لدى المرضى، على الرغم من سبق الإشارة إلى الشركاء ، الذين تكون انشغالاتهم مدعاة للعلاج. ولم توضع فى الاعتبار القضايا المتعلقه بالتدبر[1] ، بوصفها مقابلة للعلاج.

وتستطيع المنهجية الجيدة المساعدة على تجنب المزالق الأخلاقية. ويذكر أنه من المهم العمل على أساس وصفى جيد، والبديل عن ذلك يحصر الأخصائى الأكلينيكى فى بعض القوالب النمطية حول مريض التغاير الجنسى ، والتى لا تعد عدلاً بالنسبة للمريض المعين ، رغم أنها تعد قوالب نمطية غيرخطيرة. وعلى أى الأحوال فإن القالب النمطى الحميد ، الذى يستبعد - على سبيل المثال - إمكانية أن يكون الشخص الذى يرتدى ملابس الجنسين بالتبادل يمكن أن يتصرف بطريقة عدوانية ، ويساوى ببساطة بين اللاعدوانية والأنوثة يمكن أن يكون مضللاً مثل غيره (Langevin, 1985) ، وتأخذ الصعوبات الجنسية موقعًا إلى جانب غيرها من الصعوبات.

وقد قطع التراث طريقًا طويلاً منذ البدء بمصادرات حول اضطراب موحد يفسر كل السلوك، وبعيداً عن الصياغات شديدة الضيق ،التى تستخدم تعبيرات نظرية الحوافز (الاستثارة المنحرفة) إلى أن أصبح أكثر تجريبية ووظيفياً. ومما يذكر أن بعض أساليب العلاج ذات الارتباط بدورة المناحى السلوكية مازلت لها اهميتها القائمة حيث يرى المرضى أنفسهم مفرطى الاعتمادية على تخييلات جنسية محددة ، وحيث يرغبون فى تلقى العون للتحكم فى السلوك الجنسى. والقدرة على الإرشاد فى موضوعات معنية يعد أمرًا ضروريًا. ومن المطلوب أيضًا تنوعًا من التدخلات المعرفية والسلوكية. وهناك اعتراف متزايد بالحاجه إلى فهم ماضى المرضى وعلاقاتهم الراهنه. وهناك الآن قضايا أخرى متعددة ، يتوفر تقييم لشرعية التركيز عليها، ويؤدى كل ذلك إلى زيادة المطالب ، التى تقع على كاهل المعالج، ولكنها تزيد أمامه الاختيارات العلاجية.

(1) Management

References

Annon, J. S. (1974) *The Behavioral Treatment of Sexual Problems. Vol. 1*, Honolulu: Enabling Systems.

Bancroft, J. (1990) *Human Sexuality and its Problems. 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barlow, D. H. (1973) 'Increasing heterosexual arousal', *Behavior Therapy* 4: 657–71.

Barlow, D. H. (1977) 'Assessment of sexual behavior', in A. R. Ciminero, K. S. Calhoun and H. E. Adams (eds) *Handbook of Behavioral Assessment*, New York: Wiley.

Barlow, D. H., Reynolds, E. J. and Agras, W. S. (1973) 'Gender identity change in a transsexual', *Archives of General Psychiatry* 28: 569–76.

Barlow, D. H., Abel, G. G. and Blanchard, E. B. (1979) 'Gender identity change in transsexuals', *Archives of General Psychiatry* 36: 1001–17.

Beane, J. (1981) 'I'd rather be dead than gay: counselling gay men who are coming out', *Personnel and Guidance Journal* 60: 222–6.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*, Chichester: Wiley.

Brierley, H. (1979) *Transvestism*, Oxford: Pergamon Press.

Brownell, K. D. (1980) 'Multifaceted behavior therapy', in D. J. Cox and R. J. Daitzman (eds) *Exhibitionism: Description, Assessment, and Treatment*, New York: Garland STPM Press.

Callahan, E. J. and Leitenberg, H. (1973) 'Aversion therapy for sexual deviation: contingent shock and covert sensitization', *Journal of Abnormal Psychology* 81: 60–73.

Cautela, J. R. (1967) 'Covert sensitization', *Psychological Reports* 20: 459–68.

Cautela, J. R. and Wisocki, P. A. (1971) 'Covert sensitization for the treatment of sexual deviations', *The Psychological Record* 21: 37–48.

Conn, P. (1979) 'Studies in Gender Identity: exercises in the survey and assessment of a sex-change population', unpublished M. Phil. thesis, Institute of Psychiatry, London.

Conrad, S. R. and Wincze, J. P. (1976) 'Orgasmic reconditioning: a controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals', *Behavior Therapy* 7: 155–66.

Cousins, J. (1980) *Make It Happy. What Sex is All About*, Harmondsworth, Middx.: Penguin.

Crawford, D. A. and Allen, D. V. (1979) 'A social skills training programme with sex offenders', in M. Cook and G. Wilson (eds) *Love and Attraction: Proceedings of an Annual Conference*, Oxford: Pergamon.

Davison, G. C. (1977) 'Homosexuality: the ethical challenge', *Journal of Homosexuality* 2: 79–81.

Futterweit, W., Weiss, R. A. and Fagerstrom, R. M. (1986) 'Endocrine evaluation of forty female-to-male transsexuals: increased frequency of Polycystic Ovarian Disease in female transsexualism', *Archives of Sexual Behavior* 15: 69–78.

Gagnon, J. H. and Simon, W. (1973) *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality*, Chicago: Aldine.

Geer, J. H. and Fuhr, R. (1976) 'Cognitive factors in sexual arousal: the role of distraction', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 238–44.

Jackson, B. T. (1969) 'A case of voyeurism treated by counterconditioning', *Behaviour Research and Therapy* 7: 133–4.

Kamin, L. J. (1969) 'Predictability, surprise, attention and conditioning', in R. Church and B. Campbell (eds) *Punishment and Aversive Behavior*, New York: Appleton-Century-Crofts.

Kantorowitz, D. A. (1978) 'An experimental investigation of pre-orgasmic reconditioning and post-orgasmic deconditioning', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 11: 23–4.

Keller, D. J. and Goldstein, A. (1978) 'Orgasmic reconditioning reconsidered', *Behaviour Research and Therapy* 16: 299–300.

Kessler, S. J. and McKenna, W. (1978) *Gender: An Ethnomethodological Approach*, Chichester: Wiley.

Kremsdorf, R. B., Holmen, M. L. and Laws, D. R. (1980) 'Orgasmic reconditioning without deviant imagery: a case report with a paedophile', *Behaviour Research and Therapy* 18: 203–7.

Langevin R. (1985) *Erotic Preference, Gender Identity and Aggression in Men: New Research Studies*, Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Lanyon, R. I. (1986) 'Theory and treatment in child molestation', *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 54: 176–82.

Lindemalm G., Korlin D. and Uddenberg N. (1986) 'Long-term follow-up of "sex change" in thirteen male-to-female transsexuals', *Archives of Sexual Behavior* 15: 187–210.

Lo Piccolo, J. (1985) 'Guidelines for treatment of sex offenders', unpublished paper.

McConaghy, N., Armstrong, M. S. and Blaszczynski, A. (1981) 'Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality', *Behaviour Research and Therapy* 19: 425–34.

Maletzky, B. M. and George, F. S. (1973) 'The treatment of homosexuality by assisted covert sensitization', *Behaviour Research and Therapy* 11: 655–7.

Marquiss, J. N. (1970) 'Orgasmic reconditioning: changing sexual object choice through controlled masturbation fantasies', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1: 263–71.

Marshall, W. L. (1974) 'A combined treatment approach to the reduction of multiple fetish-related behaviors', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 613–16.

Marshall, W. L., Eccles A. and Barbaree, H. E. (1991) 'The treatment of exhibitionists: a focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features', *Behaviour Research and Therapy* 18: 129–35.

Miller, D. (1986) 'How to counsel patients about HIV disease – those who have it and those who fear it', *Maternal and Child Health* 11: 322–30.

Miller, D. (1987) *Living with AIDS and HIV*, London: Macmillan.

Morin, S., Charles, K. and Malyon, A. K. (1984) 'The psychological impact of AIDS on gay men', *American Psychologist* 39: 1288–93.

Peplau, L. T. (1982) 'Research on homosexual couples: an overview', *Journal of Homosexuality* 8: 3–8.

Plummer, K. (1981) 'The paedophile's progress: a view from below', in B. Taylor (ed.) *Perspectives on Paedophilia*, London: Batsford.

Plummer, K. (1984) 'Sexual diversity: a sociologiocal perspective', in K. Howells (ed.) *The Psychology of Sexual Diversity*, Oxford: Blackwell.

Rochlin, M. (1985) 'Sexual orientation of the therapist and therapeutic effectiveness with gay clients', in J. C. Gonsoriek (ed.) *A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients*, New York: Harrington Park Press.

Roles, S. (1972) 'A serious look at sexual aids', *World Medicine*, October 4: 17–22.

Rooth, G. (1980) 'Exhibitionism: an eclectic approach to its management', *British Journal of Hospital Medicine* April: 366–70.

Sketchley, J. (1989a) 'Counselling and sexual orientation', in W. Dryden, D. Charles Edwards and R. Woolfe (eds) *Handbook of Counselling in Britain*, London Routledge.

Sketchley, J. (1989b) 'Counselling people affected by HIV and AIDS', in W. Dryden D. Charles-Edwards and R. Woolfe (eds) *Handbook of Counselling in Britain* London: Routledge.

Turner, S. M. and Van Hasselt, V. B. (1979) 'Multiple behavioral treatment in a sexually aggressive male', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 10 343–8.

Ward, B. (1988) *Sex and Life, 2nd edn*, London: Macdonald.
Wolf, T. J. (1985) 'Marriage of bisexual men', *Journal of Homosexuality* 11: 135–48.
Yardley, K. M. (1976) 'Training in feminine skills in a male transsexual', *British Journal of Medical Psycholgy* 42: 329–39.
Zilbergeld, B. (1980) *Men and Sex: A Guide to Sexual Fulfilment*, Glasgow: Fontana.

الفصل التاسع عشر

فحص مشكلات الكحول والمخدرات

Drug and alcohol problems Investigation

Michael Gossop ميخائيل جوسوب

الفصل التاسع عشر

فحص مشكلات الكحول والمخدرات

ميخائيل جوسوب Michael Gossop

مفاهيم :

من الأمور المثيرة للشغف السؤال عن أى القضايا النوعية يعد مشكلات اجتماعية. وقد عرف إدمان الكحول والمخدرات في الوقت الحالي بطريقة جيده باعتبارهما هذا النوع من المشكلات. وبحيث تستحق ان نذكر انفسنا أنه لم يكن ينظر إليها دائمًا بهذا القدر من الوضوح. وكان استخدام الأفيون[1] غير ممنوع تماما فى انجلترا حتى عام ١٨٦٨. وحتى بعد عام ١٨٦٨ ظل المنع فى حده الأدنى لعدة سنوات. وفى ذلك الوقت كان المخدر يباع ويستخدم على نطاق واسع، وكان يتم تعاطيه فى صور مختلفة إلا أن أكثرها شيوعًا كان فى صورة حبوب الأفيون [2]، أو فى صوره مزيج من الكحول والأفيون (مستحضر). ودائمًا ما كان لدى الباعة مستحضرات خاصة لتسكين الأطفال، وأحد المعالم البارزة فى هذا الشأن، كان هو الإحساس بالسواء الكامل، الذى يحيط بالبيع المسموح به للأفيون (Berridge and Edwards, 1981).

وظل الكوكائين[3]، لعدة سنوات حول نهاية القرن الأسبق، يستخدم هو الآخر على نطاق واسع وبحماس. وقد جرب سيجموند فرويد Sigmound Freud المخدر، سواء بتعاطيه عن طريق الفم أو بالحقن وكان متأثرًا بهذا الإحساس الطيب الذى يخلقه. وبعد قليل أعطاه لأصدقائه، ولخطيبته، ولشقيقاته، ولمرضاه، وكتب مقالات فى مديحه، واصفًا البهجة والانتعاش والنشوه الدائمة، والتى تختلف تمامًا عن النشوة العادية، التى يشعر بها الشخص عندما يكون فى صحة جيدة. وقد وصف فى خطاب لخطيبته أحدى مقالاته باعتبارها "أغنية مديح لعقاره السحرى" (Gossop, 1993). وكان الكوكائين يباع فى صورة سجاير، وفى صورة رشاش للأنف[4]، ولبان، وفى مشروبات خفيفة (وكانت الكوكاكولا ذلك الرمز لنمط الحياة الامريكية تحتوى على الكوكائين حتى عام ١٩٠٦). وكان يمكن شراء كوكائين بدرجة نقاء مئة فى المئة من اى صيدليه، كما كان متاحًا تجاريًا فى النبيذ.

وبالقدر نفسه الذى كان يظهر به الحماس للكوكائين بين أصحاب المهن الطبية، كان الحماس له بين الجمهور العام. وقد أخذه معه سير جيلفورد البوت Guilford Albutt فى رحلته لتسلق جبال الألب، لكى يذهل زملاءه المتسلقين معه بطاقته المتزايدة، التى يأمل أن يعطيها له العقار. وفى مرجعه فى الطب

---

(1) Opium.
(2) Opium pills.
(3) Cocaine.
(4) Spray.

الذى اشترك فى تأليفه مع همفرى روليستون Humphrey Rolleston ، كان لديه ما يقوله حول عقار آخر ذاكراً : "ان من يعانى منه يرتجف، ويفقد التحكم فى نفسه ، وهو عرضه لنوبات من التهيج والاكتئاب ، ويفقد نضارته ، ويصبح ذا مظهر منهوك ، ومثلما يحدث مع أى مخدر آخر ، فإن الجرعة المتجددة من السم تؤدى إلى سكينة وقتية ، ولكن على حساب البؤس المستقبلى ". وكان هذا العقار الذى عُرف بهذا الوضوح بإعتباره مشكلة هو القهوة .

وتتضمن هذه الطريقة التى تعرف بها مشكلات المخدرات ويتم تحديدها بها عوامل اجتماعية وأخلاقية وسياسية متشابكة . وهذا صحيح على كل من المستوى الفردى والمستوى الاجتماعى الأوسع . ومن السهل الاعتراف أن الشخص الذى يشرب زجاجة ويسكى كل يوم ، والذى انهار عالمه الاجتماعى واحترق كبده يعد مقارنة بغيره صاحب مشكلة كحول . غير أنه لن يكون هناك مثل هذا الاتفاق حول الشخص ، الذى يكون مخموراً يوم الجمعة وليالى السبت . والقضايا المتعلقة بالمخدرات المحظورة أكثر إثارة للخلط ، إذ غالباً مايتحدد تلقائيًا استخدام أى مخدر غير مشروع ، باعتباره مشكلة مخدرات . وعلى الرغم من ذلك قد لايكون المتعاطى معتمداً على المخدر ، وقد لايعانى من أية مشكلة طبية ، أو تعقيدات نفسية نتيجة لتعاطيه أو لتعاطيها المخدرات . ويبدو المجتمع متحمساً بشكل مفرط لتحديد مشكلات المخدرات ، عندما تتضمن الهيروين (١) والكوكائين ، ومقاوماً للاعتراف بهذه المشكلات ، عندما تتضمن المخدرات غير المحظورة قانونًا أو المسموح بها طبيا مثل الكحول والمهدئات (٢)

وعلى الرغم من أن هذا الفصل (والفصل التالى الذى يتناول العلاج) مهتم أساساً بالكحول والمخدرات المحظورة ، إلا انه يجدر الإشارة إلى الطباق (٣) وتدخين السجاير على وجه الخصوص . فالبحوث الجارية فى هذا المجال تنظر إلى التدخين باعتباره تعاطيًا لمخدر قوى (النيكوتين) (٤). ويصف رسل (1976) Russell تدخين السجاير على أنه " يحتمل أن يكون أكثر الاشياء المؤدية للأدمان إرضاءً والمعروفة للإنسان" ، وليس على انها نشاط يخلو من المخاطر المصاحبة له . ويحدث مئات الآلاف من الوفيات كل عام ناتجة عن التدخين .

وعلى الرغم من ذلك ، وعلى عكس الهيروين ، فإن السجاير متاحة قانونًا (وهناك بالتأكيد مصالح صناعة قوية تحاول تشجيع التدخين) وتستهلك على نطاق واسع ، وهى لا تؤدى إلى تلك الأشكال الدرامية والفورية للتسمم التى تعقب الحقن بالهيروين ، كما لاتنتج السجاير ذلك التغير الفورى القوى فى السلوك والشعور الذى يعقب التعاطى المكثف للكحول . ويمكن النظر إلى التدخين بوضوح من جوانب كثيرة على أنه إدمان . ولايقل عن ذلك أن استخدام العقاقير المختلفة يثير قضايا مختلفة ، ولايمكن تناولها جميعها فى إطار هذه الفصول . وبالتالى ، وببعض الأسف ، أُهمل التدخين على نطاق واسع من المناقشة الحالية. ويمكن إحالة القراء الذين يرغبون فى التعلم أكثر حول الأسباب ، التى تجعل الكثير من الناس يريدون تدخين السجاير ، من خلال لفائف من الأوراق المحترقة إلى الكتاب المفيد لأشتون وستبنى (1982) Ashton and Stepney .

---

(1) Heroin.
(2) Tranquillisers
(3) Tobacco
(4) Nicotine

مشكلات المخدرات والكحول :

أحد جوانب التقييم التى ظلت تقلق الأخصائيين الأكلينيكيين هى إصرار المريض الكامل على تعاطى الكحول أو المخدرات . ويتعقد ذلك جزئيًا مع اعتقاد كثير من الأخصائيين الأكلينيكيين أن متعاطى الكحول والمدمنين إخباريون لا يوثق فيهم . وعلى الرغم من ذلك ، لاتوجد دلائل واضحة تدعم فكرة أن تقارير المدمنين ومتعاطى الخمور الذاتية غير صادقة بالضرورة . هذا بالرغم من إمكان وجود مواقف تشوه فيها هذه المجموعات المعلومات أو تقوم بإخفائها . وهناك الكثير من البحوث ، التى وجدت أن كلاً من متعاطى الخمور ومدمنى المخدرات يمكن أن يكونوا إخباريين صادقين ، دون اعتبار لنوع المعلومات المطلوبة . وقد أظهرت ذلك دراسات سوبل وسوبل Sobell and Sobell (1978) وهيسلبروك وزملاؤه Hsselbrock et al. (1983) ، وبول Ball (1967) ، وقد فحص بوستو وزملاؤه Busto et al. (1983) استخدام وسوء استخدام متعاطىّ الكحول للبنزوديازبينات (١) ، ووجدوا أن الكحوليين كانوا إخباريين دقيقيين حول هذا الموضوع . وفى دراسة المودزلى حول الانتكاس ، تبين أن الاتفاق بين التقارير الذاتية لمتعاطى مستحضرات الأفيون (٢) ، ونتائج المعمل الخاص بتحليل البول تراوح بين ٩٣ - ٩٩ فى المئة (Gossop et al., 1989) . وهناك بعض الأفكار حول أنه فى حالة ظهور تشويه فى الاستجابة ، فإنه دائمًا مايكون فى اتجاه المبالغة فى تقدير السلوك غير المرغوب فيه ، وليس فى اتجاه إنكار هذا السلوك أو التقليل من شأنه (Sobell and Sobell, 1978, Gossop, 1978) . وعمومًا يبدو أن الباحثين أكثر ميلاً للنظر إلى المدمنين ومتعاطىّ الكحول ، على أنهم إخباريون صادقون ، أما الأخصائيون الأكلينيكيون فلا يثقون فيهم . وقد يرجع ذلك جزئيا إلي خصائص مطالب المواقف المختلفة ، التى يتعامل من خلالها الباحثون والأخصائيون الاكلينيكيون مع مثل هؤلاء الاشخاص . وعلى الرغم من ذلك فإن الدلائل البحثية توفر تأييدا ضئيلا لفكره أن البيانات المأخوذة من التقارير الذاتية التى يتم الحصول عليها من المدمنين ، أو متعاطى الكحول غير صادقة بالضرورة ، ولايمكن الثقة بها .

وعند تقييم أىّ من مشكلات الكحوليين والمدمنين يعد من الممارسات الجيدة ، ليس فقط استخدام مقاييس موضوعية لتقرير وجود أو غياب مجموعة المواد المسكرة ، التى يمكن للأفراد استخدامها ، بل أيضًا - وكلما كان ذلك ممكنًا - استخدام إجراءات توفر تقديرًا كميًا لهذه المستويات . وإن كان ذلك قد لايكون مجديًا دائمًا . وحتى متعاطيىّ المخدرات المحظورة قد لايميلون لمعرفة المكونات أو درجة نقاء المادة، التى يستخدمونها . وقد يحتوى الهيروين الذى يباع فى الشوارع على سبيل المثال المنومات (أملاح الباربتيورات) (٣) أو مخدر الميثادون (٤) كما يحتوى الايكاستى (٥) على الامفيتامين (٦) أو الـ LSD (عقار الهلوسة) . والمركبات الحقيقية لعينات هيروين الشوارع قد تتراوح بين درجة جودة عالية إلى عينات غالبًا ماتكون غير فعالة تمامًا . وكانت نسبة الهيروين فى بعض العينات المأخوذة فى الولايات المتحدة منخفضة لدرجة أنها تمثل نصف فى المئة فقط (Gossop, 1993) ، وأحيانا ما تستخدم أجهزة اختبار التنفس (٧) كطريقة سهلة وسريعة الكشف عن الكحول فى الدم ، وتُجرى الأختبارات المعملية على عينات من الدم .

---

(1) Benzodiazepines
(2) opiate
(3) Barbiturates
(4) Methadone
(5) Ecstasy
(6) Amphetamine
(7) Breathalysers

ولاتوجد دائمًا ضرورة ، فى حالة الأعراض الاكلينيكية المعتادة للحصول على تقدير تفصيلى لكل شئ حدث على امتداد حياة متعاطى الخمور أو المخدرات . ويجب أن يهدف التقييم وصف الأحداث الرئيسية (مثل وقت بداية الشرب يوميًا ، أول حقنة ، ظهور أعراض الانسحاب ، ..... إلخ) . وعادة ما يقاس تعاطى الكحول بمفاهيم الوحدات (وحيث الوحدة الواحدة تساوى حوالى نصف زجاجة بيرة أو عصير تفاح بمثابة مقياس مفرد للمشروبات الروحية ، أو كأس صغيرة من النبيذ) وتعاطى أكثر من خمسين وحدة أسبوعيًا بالنسبة للرجل ، وأكثر من ٣٥ وحده بالنسبة للمرأة يحتمل أن يكون مضرًا ، والمستويات التى يوصى بها تقل عن ذلك . والكثير من مشكلات تعاطى الخمور ستتضمن التعاطى العرضى أو الصاخب ، وحيث يتم تعاطى كميات كبيرة من الكحول بصورة غير يومية منتظمة ، ويتعين إعادة تقييم كمية الكحول المستهلكة ؛ لتوضع فى الاعتبار أنماط التعاطى المختلفة . ومازال هناك جهد مستمر يهدف لتحديد ووضع مفهوم المشكلات ، المتعلقة باستخدام المخدرات والكحول ، وفق صياغات موضوعية ، ولم تكن هذه المحاولات واضحة النجاح تماما . ويعد مصطلح سوء الاستخدام (1) كما يطبق على المخدرات أو الكحول من بين أقل الأفكار المرضية ، وهو يغرى بموافقة زاسز Szasz ، الذى يقرر الآتى :

لايمكن تعريف إدمان المخدرات أو سوء استخدام المخدرات دون تحديد الاستخدامات الملائمة، والاستخدامات غير الملائمة لمواد فارماكولوجية معينة . ونموذج الاستخدام المناسب للمخدرات هو الاستخدام المنظم ، بواسطة طبيب للمورفين لمريض بالسرطان يحتضر . بينما حتى الاستخدامات العرضية التى تأخذ شكل تعاطى الشخص من تلقاء نفسه ، وهو صحيح بدنيًا لغرض الحصول على متعة فارماكولوجية ، يعد نموذجًا لسوء الاستخدام . وأنا أسلم أن هذه الاحكام لاتنطبق على أى شئ مهما كان يخص الطب والصيدلة والطب النفسى ؛ فهى أحكام أخلاقية . ومن المؤكد أن أفكارنا الحالية حول الإدمان تتشابه بصورة مدهشة مع بعض أفكارنا السابقة حول الجنس (Szasz, 1972) .

ويشير ادواردز وزملاؤه Edwards et al. (1981) من وجهه نظرهم إلى بعض الأفكار ، التى تكمن خلف الانطباعات المتعلقة بسوء الاستخدام وخطأ الاستخدام (2) ، والتى تتضمن الآتى :

١ – عادة مايدخل فى فئة سوء الاستخدام ، كل استخدام غير مرخص به – أى استخدام مخدر غير مصرح به اجتماعيا ، أو من جماعة ذات نفوذ فى المجتمع .

٢ – الاستخدام الخطر هو استخدام مخدر يتضمن احتمالاً كبيرًا لنتائج ضارة لمستخدمه (سوء فى الوظائف النفسية أو تلف عضوى) . ويوضح ادواردز وزملاؤه Edwards et al.(1981) المقصود بالإشارة إلى الشخص ، الذى يدخن ٢٠ سيجارة فى اليوم ؛ فبينما قد لاتسبب له هذه الممارسة اى ضرر حقيقى ، إلا انه من المعروف أنها استخدام خطر .

٣ – الاستخدام الذى يؤدى لخلل وظيفى (3) وهو استخدام مخدر ، يؤدى إلى ضعف نفسى أو اجتماعى (مثال ذلك فقدان الوظيفة أو يؤدى لمشكلات زواجية) .

٤ – الاستخدام المؤذى ، وهو استخدام شخصى لمخدر يعرف أنه يسبب تلفًا فى الانسجة أو أمراضًا عقلية.

---

(1) Abuse
(2) Misuse
(3) Dysfunctional use

ويساعد هذا التحليل على إيضاح دلالات تعبيرات ، مثل "سوء استخدام المخدرات" ، كما يساعد أيضًا على تركيز الانتباه على أى أنواع المشكلات يتعين أن ننشغل بها . وكل فئة من فئات مشكلات المخدرات الأربعة ، التى سبق وصفها يمكن أن تسبب لمتعاطى المخدرات صعوبات ، كما قد يتطلب كل منها نوعًا مختلفًا من التدخل . واستخدام المخدرات المحظورة (الاستخدام غير المصرح به) وخاصة بواسطة الشباب الصغار ، يمكن أن يسبب انشغالاً ضخمًا . ويمكن أن يؤدى إلى عقوبة اجتماعية، بما في ذلك الفصل من المدرسة ، فقدان الوظيفة ، أو السجن . كما يمكن أن يسبب قلقًا عميقًا لدى الأسرة والأصدقاء أو المستخدم.

وعلى الرغم من ذلك فهو لا يتطلب فى حد ذاته ربطه بالمشكلات الأكلينيكية ، وبالمثل يمكن أن يؤدى تعاطى المخدرات إلى أشكال عديدة من المشكلات ؛ فالتسمم الحاد الذى يعقب التعاطى المكثف دائمًا ما يؤدى إلى سلوك خطير، وليس من النادر أن يؤدى إلى أذى حقيقى. ويمكن لهذا النوع من المشكلات ان يكون سببًا لتدخل الأخصائى النفسى الأكلينيكى، كما يمكن أن لا يتطلب مثل هذا التدخل.

الاعتماد والإدمان

قدمت منظمه الصحة العالمية WHO مصطلح الاعتماد (١) رسميًا بوصفه بديلاً للإدمان عام ١٩٦٤، وتحمل هذه الإعادة للصياغة محاولة للتمييز بين المكونات الجسمية والنفسية للاعتماد. وما من شك فى أن هناك ظروفًا يكون فيها الاعتماد جسميًا فى صورة "نقية" نسبيًا ، مثال ذلك الاعتماد الجسمى على المورفين والميثادون ، الذى ينشأ لدى كلاب التجارب الذى يحدث عند عزل أجزاء من حبلها الشوكى ، وكذلك لدى الكلاب التى يستأصل لحاؤها المخى (Vogel et al., 1948) والمثال الآخر لهذه الحالات هو المريض الجراحى ، الذى يتعاطى مستحضرات الأفيون للتخفف من الألم، وتظهر عليه أعراض الانسحاب عند إيقاف المخدر، ولكنه لا يظهر رغبة للاستمرار فى تعاطيه. وعلى الرغم من ذلك ، فإن المكونات الجسمية والنفسية تميل للاتصال فيما بينها بصورة لافكاك منها ، تجعل من الصعب التمييز بينهما.

التحمل والانسحاب

لعده سنوات وفر مصطلحا التحمل (٢)، والانسحاب (٣)، الدعامتين المتلازمتين ، اللتين تساندان مفهوم الإدمان. ويمكن بسهولة إظهار أن التعاطى المتكرر لمخدر معين يؤدى إلى خفض متتالٍ فى تأثيره. يحدث ذلك فى الآثار المنشطة والمسكنة لمستحضرات الأفيون ، مثل : الهيروين والميثادون، وهو يحدث أيضًا مع الكحول. وقد حددت الدراسات المبكرة للإدمان الميل لزيادة التحمل ، مع زيادة المدمنين للجرعة التى يتعاطونها، أو مع خفض الفترة بين الجرعات المتتابعة. ومع الزيادة فى التحمل ، توجد أعراض الانسحاب عند عدم الاستمرار على المخدر. وفى حالة المخدرات التقليدية التى تؤدى للإدمان : الهيروين والكحول على وجه الخصوص ، تحدث مجموعة من الأعراض ، التى يمكن التنبؤ بها بوضوح ، والتى تتسم بكونها زملة انسحاب (٤) ذلك المخدر ، وعادة ما ينظر إلى زملة انسحاب مستحضرات الافيون باعتبارها النموذج لحالة الانسحاب ، على الرغم من أن أعراض الانسحاب تتباين وفقًا لنوع مخدر الاعتماد، وانسحاب مستحضرات الأفيون ليس أكثر الاستجابات خطورة للتوقف عن إدمان مخدر (فالانسحاب الكحولى

---

(1) Dependence.
(2) Tolerance.
(3) Withdrawal.
(4) Withdrawal syndrome.

انسحاب المنومات [1] أو البنزوديزبينات يمكن أن يؤدى إلى مشكلات خطيرة) وتتضمن أعراض الانسحاب المبكر لمستحضرات الأفيون (من ٨ الى ١٠ ساعات بعد أخر استخدام) ، وانسحاب الهيروين غير المعالج : سيولة العينين والأنف والتثاؤب والتعرق. وتحدث الدرجة القصوى من الشدة بصفة عامة بعد ٣٦ إلى ٧٢ ساعة ، بعد أخر استخدام. وتتضمن أعراضها الاحساس بقشعريرة ، وسخونة الجسم وبرودته، والإسهال والتشنجات المعوية والتقلصات العضلية ، والأرق من بين الأعراض المعتادة خلال الانسحاب ، وهو يمثل مصدراً للكدر الشديد للمدمنين. وتتناقص حدة هذه الأعراض بعد ذلك على مدى أسبوع أو اثنين ، على الرغم من احتمال وجود أعراض متبقية لمدة زمنية أطول ، وبالأخص فى حالة أعراض الانسحاب التشريطية ، التى يمكن أن تحدث نتيجة لمنبهات مرتبطة بالمخدر على مدى فترة طويلة بعد انتهاء الاستجابة الفسيولوجية غير التشريطية .

وتتضمن زملة الانسحاب الكحولى متوسطة الدرجة أعراض التهيجية [2]، وعدم النوم والرعشة ، وتتضمن فى الحالات الحادة هلاوس وتشوهاً إدراكيا ، وضعفاً فى الذاكرة وتشنجات أو نوبات اختلاجية. وتحدث الأعراض الحادة خلال الفترة من ٤٨ إلى ٦٠ ساعة ، بعد الانسحاب. ويحدث فى الزملة الكاملة هذيان [3] شديد ، يظهر بعد حوالى يومين إلى ثلاثة أيام. غير أن معدلات الانتشار والوفيات فيه عالية وترجع إلى الإصابات ، التى يمكن ان تحدث خلال الهذيان أو نتيجة للجفاف [4]، والانهيار الدورى والارتفاع الخفيف فى درجة الحرارة والالتهاب الرئوى.

ظلت هاتان الخاصيتان، التحمل والانسحاب مقبولتين عالميا لعدة سنوات ، باعتبارهما الخاصيتين المحددتين للاعتماد الجسمى، وعلى الرغم من ذلك يتزايد وضوح أن التحمل يحدث فى حالة المخدرات التى يُتفق بصفة عامة على أنها ليست إدمانية أو عضوية مثل الامفيتامينات والحشيش، وهناك بالمثل استجابات شبيهه بالانسحاب عند التوقف عن تعاطى هذه المخدرات ، بعد فترة تعاطى منتظمة (Gossop et al., 1982 a) وسواء أطلق على هذه الاستجابات اسم أعراض الانسحاب ، أو لم يطلق عليها ، فإن الأمر يعد مشكلة لفظية أكثر منه مشكلة علمية . يضاف إلى ذلك أن الكوكائين ، الذى اعتبر فيما مضى غير مؤد للإدمان فى الحقيقة ؛ لأنه لا يسبب زملة النمط الانسحابى لمشتقات الأفيون، تبين أنه يؤدى إلى مشكلات اعتماد حاده لدى العديد من مستخدميه ، عندما يدخن على وجه الخصوص (سواء كعنصر قاعدى أو مسحوق). وينظر إلى كل من التحمل والانسحاب فى علاقتهما بالسلوك المعتاد ، الذى لا يتضمن على الاطلاق استخداماً للمخدرات. ويوجد على سبيل المثال فى حالة المقامرة القهرية على أنه ميل واضح "لزيادة الجرعه"(*) وفى دراسه شملت مقامرين مُجهلين وجد راى وديكرسون (١٩٨١) Wray and Dick-erson أعراضاً انسحابية مثل التهيج وعدم الاستقرار والقلق، وانعدام النوم والمزاج الاكتئابى ، وانخفاض التركيز. ويظهر النوع نفسه من الاستجابات لدى أصحاب قهر الأكل [5] ،عندما يكونون تحت تحكم غذائى. وقد صورت ظاهرتا التحمل والانسحاب بقدر أكبر من الدقة فى مقال أصبح فيما بعد أحدى الكلاسيكيات، وأعيد تدشينهما باعتبارهما توافقاً عصبياً [6] ، (Edwards et al., 1981) . وقد اقترحت

(*) اى جرعه المبالغ النقدية ، التى يقامر بها (المترجم)

(1) Barbiturates.
(2) Irritability.
(3) Delerium.
(4) Dehydration.
(5) Compulsive eaters.
(6) Neuroadaptation.

هذه المقالة النظر إلى العمليات العصبيه الفسيولوجية للتوافق العصبى ، باعتبارها مجرد مجموعة من مجموعات العوامل ، التى تعمل معًا لإحداث زملة الاعتماد. بينما جوهر الاعتماد هو الرغبة النفسية للمخدر، وعلى الرغم من أنه يمنح الآن وزنًا نظريًا أقل لعمليات التوافق العصبى، إلا أنه يتعين عدم الاقلال من دلالاتها الأكلينيكية . فتوقع انسحاب شخص معتمد بدنيًا على مخدر يمكن أن يستثير قلقًا خطيرًا (Eiser and Gossop, 1979) ، كما أن مشاعر عدم الراحة من أعراض الانسحاب قد تتعارض مع التدخلات العلاجية. وقد تؤدى فى بعض المواقف لعدم إيثار المريض للعلاج . لهذه الأسباب يظل من الضرورى مراقبة انخفاض الكرب والشعور بعدم الراحة ، الذى يحدث للمريض نتيجة لأعراض الانسحاب.

مقاييس الانسحاب

يبين جدول (١ – ١٩) استخبار يجاب عنه ذاتيًا لقياس زملة انسحاب مستحضرات الأفيون ، وهو المقياس المختصر لانسحاب مستحضرات الأفيون" [(١)]، (Sows) وهذا المقياس سريع وسهل التطبيق، ويستطيع أغلب المفحوصين اكماله فى أقل من دقيقة ، وهو يوفر معلومات أكلينيكية مفيدة ، تتعلق بتخطيط برامج العلاج ، وتلقى الأفراد أو المجموعات لها. كما يوفر المقياس أيضًا أداة ملائمة وتثقيفية لدراسه اجراءات ازالة آثار التسمم [(٢)] (Gossop, 1990).

وكانت محاولة مواءمه اضطرابات الإدمان فى النظام الفئوى للتصنيفات السيكايترية التقليدية محاولة واضحة الفشل (Gossop, 1981)، وقد تركزت مثل هذه الأساليب على مواد مخدرة معينة دون الاعتراف الكافى بالتباين فى سلوك متعاطى المخدرات وفى المشكلات. كما اعتمد الكثير منها أيضًا على مفاهيم التحمل والانسحاب باعتبارها خصائص جوهرية للاعتماد على المخدر. مثال ذلك الدليل التشخيصى والأحصائى الثالث DSM III ، الذى يذكر أن "التشخيص يتطلب وجود اعتماد فسيولوجى" (Kuehnle and Spitzer, 1981). ومن الخطأ قصر التعقيدات الفسيولوجية والاجتماعية لاضطرابات الاعتماد ، فى إطار مثل هذه الحدود الفسيولوجية الضيقه.

وقد قدم تغيير المصطلح من الإدمان إلى الاعتماد تشجيعًا جزئيًا للتحرك ، بعيدًاعن النظرة الفئويه للإدمان بوصفه حالة (هل هذا الشخص مدمن/معتمد؟) إلى فكرة الاعتماد بوصفه متصلاً أو بعدًا (ما مقدار حدة اعتماد / إدمان هذا الشخص؟).

(1) Short opiate withdrawal scale (SOWS).
(2) Detoxification.

جدول (١-١٩) المقياس المختصر لانسحاب مستحضرات الأفيون

الاسم : .... التاريخ : ....

تكرم بوضع علامة فى المربع المناسب، إذا كانت لديك أى مما يلى خلال الاربع والعشرين ساعة الأخيرة.

	إطلاقاً	قليلاً	بدرجة متوسطة	بشكل حاد
الإحساس بالمرض				
تقلصات معوية				
تقلصات عضلية وشد				
إحساس بالبرودة				
سخونة بالجسم				
توتر عضلى				
صداع دائم				
تثاؤب				
سيولة العينين				
أرق / مشكلات في النوم				

المصدر : Gossop (1990)

جوهر الاعتماد هو أن العلاقة بين المتعاطى ومخدره تبدلت، فبداية قد يشرب الناس أو يستخدمون المخدرات لأسباب متعددة ، غير أن قرار الاستخدام أو عدمه ، هو مما يتخذه الشخص كاختيار إرادى. ومع تطور الاعتماد يصبح الشخص متزايد الانشغال بالمخدر ، ويشعر بدرجة من القهر تدفعه لاستخدامه. وقد يكون السبب الأول للشرب أو تعاطى المخدرات مازال قائماً ، أو قد لا يكون قائماً، ولكن مع تطور الاعتماد تضاف عوامل جديدة ، تعقد الصورة ، وتزيد من احتمال تعاطى المخدر.

وقد جرت محاولات سابقة ، هدفت للتوصل لتحديد دقيق للمقصود ، بالاعتماد . ويرى إدواردز وزملاؤه Edwards et al. (1981) أنه يتعين النظر إلى الاعتماد على أنه زملة ؛ حيث يفترض أن استخدام مخدر معين، أو حتى مجموعة كبيرة من المخدرات له أولوية أكثر تقدما عن أى سلوك آخر ، كانت له قيمة كبيرة من قبل. ويحدث الاعتماد كجزء من نمط سلوكى عريض ، وحيث لاحاجة لوجود كل مكونات زملة الاعتماد، ولأن تكون لها دائما القدر نفسه من الشدة . ومن بين الآثار المعرفية والسلوكية والفسيولوجية، التى يذكر أنها تؤدى إلى زملة الاعتماد ما يلى :

شعور قهرى بالرغبة فى تعاطى المخدرات

رغبة فى التوقف عن تعاطى المخدرات

وجود نموذج نمطى نسبياً لتعاطى المخدرات

وجود علاقات على توافق عصبى (تحمل وأعراض انسحاب)

الوصول إلى ذروة سلوك تعاطى المخدر ، فى علاقته بالأولويات الأخرى

والميل الى العودة إلى التعاطى بعد فترة من الامتناع.

ووفقًا لهذه الصياغة ، لا يكفى أحد هذه البنود منفرداً لتعريف الاعتماد ، وبالتالى يتعين أن يرتكن تقييم الاعتماد على المخدرات أو الكحول على محكات متعددة . وعلى الرغم من ذلك، يمكن إثارة دعوى قوية حول مركزية الرغبة فى التعاطى ، أو قهر استخدام المخدر. وقد ذكر جوسوب (Gossop, 1989a) . أن الإحساس بالقهر من بين هذه المكونات ، هو ما يبدو أنه المكون الجوهرى. ويتعارض مع فهمنا لما نعنيه بالإدمان القول أن شخصاً ما يدمن شيئاً، ولكنه لم يعانى حاجة قوية له ، ويجب النظر إلى الاعتماد بشكل مطلق باعتبارة ظاهرة نفسية .

ويثير مفهوم الاعتماد النقد، وشكى بعض النقاد من أن فكرة الزملة الاعتمادية تهدد بدوام بعض الدلالات غير المرغوبة لمفهوم الإدمان المرضى قديم الطراز ، ومن المؤكد أنه إذا كان هدف العلاج إقناع متعاطى الكحول أو المدمن أنهم ليسوا ضحايا لاحول لهم لعمليات مرضية ، وأنهم يستطيعون التحكم فى تصرفاتهم. إذاً فقد تصبح دلالات هذا المرض غير مفيدة ، ويتعين تجنبها. ويشكو شو Shaw (1979) من أن زملة الاعتماد توفر تأكيداً غير ملائم لمكونات القهر "وفقدان التحكم" ، وأنه يتعين عدم النظر إلى المدمنين والكحوليين ؛ بوصفهم ضحايا سلبيين لإعتمادهم ، طالما أنهم قادرون على مباشرة تحكم فى بعض جوانب تعاطيهم (Mello and Mendelson, 1971; Gottheil et al., 1972) كما رأى ايضاً أن التأكيد على مكونات فقدان التحكم فى الاعتماد ، يمكن أن يخدم فى توجيه الانتباه ، بعيداً عن القضايا الأكثر تعقيداً المتعلقة باستخدام شخص ما للمخدر ، أو الظروف التى تستخدم فيها المخدرات . ويقدم شو تحفظاً حول القيمه الأكلينيكية لزملة الاعتماد ، وذلك من خلال الإشارة الى حالة افتراضية لامرأه تتعاطى الكحول ،استجابة لعدد من المشكلات فى حياتها ، وقد تصل فى تعاطيها لدرجة الثمالة ، من خلال زيادة تدريجية. وبالمثل فان انتظام وكثافة تعاطيها للحكول سيزيدان من تحملها له ، وستبدأ تدريجيا فى استهلاك قدر أكبر وأكبر منه ، حتى تصل إلى الثمالة. وقد تبدأ بالإضافة إلى ذلك فى المعاناة من أعراض الانسحاب الأكثر حدة . وتصبح الرغبة فى التخلص أو التخفف من بعض هذه الأعراض دافعاً إضافياً لزيادة استهلاكها من الكحول. وعند هذه النقطه يجب تصنيفها فى فئه "الكحوليين" بوصفها "حادة الاعتماد" وعلى الرغم من ذلك ، فأى من التعبيرين لن يقدم تفسيراً لكيف ، أو لماذا وضعت هذه المرأة نفسها فى هذا الموقف ، وافتراض أنها تعانى "إعاقة فى التحكم" فى تعاطى الكحول ، أو أنها هى التى شكلت أعراضها يمكن أن يشوش القضية. وبالطبع إذا لم تكن واعية عقلياً للسبب الحقيقى لإستمرارها فى الوصول الى الثمالة ، فسيعنى تفسير زيادة تحملها وانسحابها أن عليها أن تستهلك كميات أكثر وأكثر من الكحول ؛ لتصبح ثملة وذلك لكى تتفادى أعراض الانسحاب، وسيتعين عليها بالتاكيد معاناة ذلك لأنها أصبحت غير قادرة على التحكم فى تعاطيها ،. وإذا شعرت بالإضافة إلى ذلك بدرجة من الذنب من سلوكها، فيتعين أن تشعر أيضًا أنها تحت قهر يجعلها تشرب (طالما يستطيع الشخص معاناة القهر فقط لكى يفعل شىء ما، إذا كان هناك فى الوقت نفسه شعور انه يجب على المرء أن لا يفعله).

ولكن لكى تقبل تسليماً صيغة أنها كانت مكرهة على الشراب ، فلن يكون هناك تفسير لسلوكها ، وسيكون تفسيرخبرة الشعور بالإكراه وفقدان التحكم الذاتى سطحياً هو الآخر للدوافع الكامنة المتصارعة. ومن ناحية أخرى فلكى نفسر للمرأة أنه كان لديها مستوى متزايد من التحكم، وأنها عانت من آثار انسحاب متزايدة ، وأن هذه التعاقبات تطورت متفاعلة مع ديناميات علاقاتها الزوجية والمكان ، الذى تتعاطى فيه الكحول ، فسيكون ذلك بمثابة بداية لإضفاء بعض المعنى العلمى والعلاجى : (Shaw, 1979 : 343-4).

وقد اتجهت أكثر اعتراضات شو إلى فكره الاعتماد بوصفها مفهوماً تفسيرياً. وهو ينظر فى صياغته الخاصة بشكل أفضل إلى الاعتماد بوصفة خاصية [1] وهو يبدو متفرداً فى ذلك ، وبالتالى لايجد شو مكاناً للمفهوم ، طالما أن الخصائص قد تكون هى نفسها عوامل مهمة فى تحديد السلوك. وقد وجد جوتيز وريش (Gutierres and Reich (1988 أن النمط الخصائصى كان يتعلق بنتائج إعادة التأهيل بين مستخدمى المخدرات المحظورة . كما وجد برادلى وزملاؤه (Bradley et al. (1992 بالمثل أن معتقدات المدمنين حول قدراتهم على التحكم فى نوبات التعاطى (وهو جانب مركزى فى مفهوم الاعتماد) ارتبط باحتمالات الانتكاس.

ويتعين أيضاً تقييم قيمة المفهوم لا من خلال الجدل حوله ، ولكن من حيث استخداماته فى الممارسة الأكلينيكية والبحوث. وعلى الرغم من الاتفاق مع بعض أوجه النقد التى قدمها شو. إلا أن هودجسون (Hodgson (1980 كان أكثر حماساً لمفهوم الاعتماد ، مقترحاً أن مفهوماً بعدياً (وليس فئويا)، ستكون له أهمية أكلينيكية . وقد وجدأورفورد وزملاؤه (Orford et al. (1976 فى دراسة لهم أن التعاطى المنضبط للكحول والامتناع عنه كانت لهما نتائج علاجية متساوية الاحتمالية ، وبما يوحى أنه يتعين على الأخصائيين الأكلينيكيين عدم السعى لتحقيق امتناع كامل باعتباره الهدف الوحيد ، غير أنه عند إعادة تحليل البيانات وفقًا لدرجة الشدة ، وجد أن المعتمدين الأكثر حدة يميلون لأن يكونوا إما غير ممتنعين أو غير منضبطين ، وأن متوسطى الاعتمادية فقط هم الذين يتعاطون بطريقة منضبطة (تتسم بالتحكم) ، كما وجد أرمور (Armor (1980 أيضاً أن حدة الاعتماد تبدو مرتبطة بالامتناع ، أو التحكم فى التعاطى كنتيجه علاجية.

مقاييس الاعتماد

يرى هودجسون (Hudgson (1980 أن حدة الاعتماد متغير هام يجب قياس تطوره وقياسه فى بحوث العلاج. وقد اقترح استخبار لذلك (هو استخبار شده الاعتماد الكحولى) [2] بهدف توفير مقياس للأعتماد الكحولى يتسم بالثبات (Stockwell et al., 1979) كما اقتُرحت أداه أخرى (استخبار شدة الاعتماد على مشتقات الأفيون) [3] (Sutherland et al., 1986; Phillips et al., 1987) واستخدم فى فترة أحدث مقياس لحدة الاعتماد ، يقيس الاعتماد على أنواع مختلفة من المخدرات المحظورة (Gossop et al., 1992).

أبعاد الاعتماد ومشكلاته

تقليدياً، كانت أشكال السلوك التى تعزى إلى الإدمان ، أو الاعتماد أو تنتج عنهما تعد أكثر

(1) Attribution
(2) The severity of Alcohol Dependance Questionnaire.
(3) Severity of Opiate Dependance Questionnaire.

الأسباب تكراراً لتقدم متعاطى الكحول ، أو المخدرات للحصول على الخدمات العلاجية . ومن الواضح أن الكثير من الناس ،الذين يستخدمون الكحول والمخدرات يجدون أن لديهم صعوبات كبيرة فى التخلص من هذه العادة. وعلى الرغم من ذلك يجب وضع تمييز واضح بين الاعتماد والأنماط المختلفة من المشكلات ، التى يمكن أن ترتبط باستهلاك المخدرات والكحول ، وقد تكون مشكلات المخدرات والكحول من أنوا ع مختلفة . وبعض أكثر الصعوبات وضوحًا يمكن أن تنشأ متصلة بالصحة الجسمية والصحة العقلية ، والأداء الاجتماعى، والسلوك الإجرامى.

وتتضمن الأهداف – من منظور الوقايه والعلاج – كلاً من التجنب وخفض الأذى ، وأن يسعى التدخل إلى خفض المخاطر المتعلقة بتعاطى المخدرات، واحتمالات الخطر. وقد ناقش سترنج Strang (1992) العلاقة المعقدة بين الخطر والأذى. وتتعلق فكرة الخطر بإمكانات وقوع حدث ما، ويتعلق الأذى بالحدث نفسه. وتقبل بعض أشكال الأذى التكميم، غير أن البعض الآخر قد يتضح فقط مع مرور الوقت ، وفى حالة التلف الكبدى الناتج عن تعاطى الكحول الكثيف ، تكون درجة المخاطرة متعلقة بسلوك تعاطى الكحول ، وليس بظهور التلف الكبدى. يضاف إلى ذلك أن بعض أشكال الأذى فئوية بشكل واضح ، وليست ذات طبيعة بُعديه ،فالشخص إما أن يكون مصابًا بفيروس الإيدز أو غير مصاب. بينما الاحتمال الأكبر أن أشكال السلوك المتعلقة بالأذى تتدرج فى الإطار البعدى. وعمومًا قد يكون الأكثر ملاءمه هو النظر الى الإصابة بوصفها واقعة مفردة من للاذى . ويتعين تمييز ذلك من فكرة الاخطار التراكميه وحيث تفهم الاحتمالية الكلية للأذى بتعبيرات مجموع الاحتمالات الكلية المحيطه بعديد من الأحداث المختلفة والوقائع والظروف.

ويعكس العرض البُعدى لمشكلات الكحول والمخدرات المخاطر السلوكية ، كما يبين الشواهد المعينة للأذى الفعلى المتوقع خلال الأحداث.

قد يرتبط الاستخدام المسبب للمشكلات لكل من الكحول والمخدرات بالمخاطر ، وكذلك بالأخطار الفعلية . وأحد أشكال السلوك الخطر وضوحًا ، والذى يتعين أن يندرج فى هذا البعد هو المشاركة المتكررة فى استخدام أدوات الحقن ، مع متعاطين آخرين للمخدرات (أو فى حالة الكحول اعتياد قيادة السيارة بعد تعاطى كميات كبيرة من الكحول) ، ومن الواضح أن مثل هذه الانشطة تعرض الفرد لمخاطر متزايدة ذات طبيعه استهدافية للأذى ، من خلال الإصابة أو الحوادث. ويجب أن يسعى التدخل العلاجى (لأسباب كثيره) لخفض المشاركة فى الحقن بإبر المحاقن المحتوية على المخدر وفيروس الايدز [١]، ويمكن لانخفاض سلوك المشاركة أن ينعكس فى صورة درجة منخفضة على بعد المشكلات ، المتعلقة بالمخاطر والسلوك الصحى المؤذى.

ويجب النظر إلى الاعتماد وأبعاد المشكلات باعتبارها مفاهيم منفصلة ، ومن الواضح أن الكثيرين من الناس يكونون معتمدين، ويمكن أن تتضمن الأمثلة على ذلك الأفراد الذين لا يتعاطون الكحول بانتظام، ولكنهم يشربون فى مناسبة واحدة حتى الثمالة ويسقطون على الدرج، أو الذين يتورطون فى حادث سيارة نتيجة للقيادة غير السليمة. وخلال العقود الماضيه ، كان العاملون فى المخدرات مجبرين على مواجهة تهديد الاصابة بفيروس الإيدز او الإيدز نفسه [٢] وكان ظهور فيروس الايدز، ومعرفة أن من يتعاطون المخدرات ، عن طريق الحقن هم مجموعة معرضة لخطر شديد، كان له دلالة عميقة فى تطوير الخدمات

(1) HIV.
(2) AIDS.

لمتعاطى المخدرات ، وقد أدت هذه الحقيقة إلى إعادة اختبار الأهداف العلاجية ، كما عززت الوعى بالأذى شديد الخطورة ، الذى يمكن أن يترتب على الحقن بالمخدر مجرد مرة واحدة. ومع زياده الاهتمام بفيروس الإيدز حدث أيضًا "إعادة اكتشـاف" لأنواع أخرى من المشكلات التى أهملت فيما سبق والتى تتضمن احتمالات لمشكلات بدنية وطبية مميتة مثل فيروس التهاب الكبد الوبائى [1]، من نوع "ب". والكثيـر من متعاطى المخدرات ، ممن تعرضوا لالتهاب الكبد الوبائى أو بفيروس الإيدز حدث لهم ذلك خلال الأسابيع القليلة الأولى من بدايه حصولهم على حقن المخدر (وذلك فى الوقت الذى لم يكن يوجد فيه احتمال أن يصبحوا معتمدين بصورة خطيره على المخدر) ، وهذه مترتبات للاحتماليه المتزايدة الناتجة عن المشاركة فى أدوات الحقن بين أولئك ، الذين لاخبرة لديهم.

وهناك متعاطون للمخدرات يعتمدون عليها، ولكنهم يعانون قليلاً أو لا يعانون على الاطلاق من أيأذى مترتب على تعاطيهم. وأحد الأمثله الجديره بالذكر هو دكتور وليم هالستيد William Halstead ، وهو وأحد من أعظم الجراحين الأمريكيين ، ومؤسس مدرسة جون هوبكنز الطبية ، ذات المكانة المرموقة ، والذى كان يستخدم على امتداد معظم حياته كميات تبلغ ٢٠٠ ملجرام ، أو أكثر من المورفين ، غير أنه كان قادرًا على مواصله حياته الطبية الناجحة . ويصف سيتمسون Stimson (1973) مجموعة من مدمنى الهروين المتزنين . ومثل الكثيرين من مدمنى الهيروين فى المملكة المتحدة قبل نظام مزرعة فحص المخدرات فى الجسم عند الشباب فى الستينيات ، كانت هذه المجموعة تميل للعمل ، كما كانوا يتلقون مساندة شرعية ، وكان انخراطهم ضئيلاً فى الجريمة ، كما كانوا يواصلون حياتهم بصورة طبيعية نسبيًا. وبالنسبة للبعدين المتلازمين : المشكلات والاعتماد، يمكن تقييم هؤلاء باعتبارهم مرتفعى الاعتمادية ، ولكنهم منخفضون فى المشكلات. ويحتمل أن يشغلوا القطاع هـ فى الشكل ١ : ١٩ (ب) (وذلك على النقيض ممن ضربنا بهم المثال من مدمنى الكحول غير المعتمدين السابق وصفهم، والذين تؤدى الحوادث التى يتعرضون لها لوضعهم فى القطاع (د) أو (ج) وفقًا لمدى شدة الحادث .

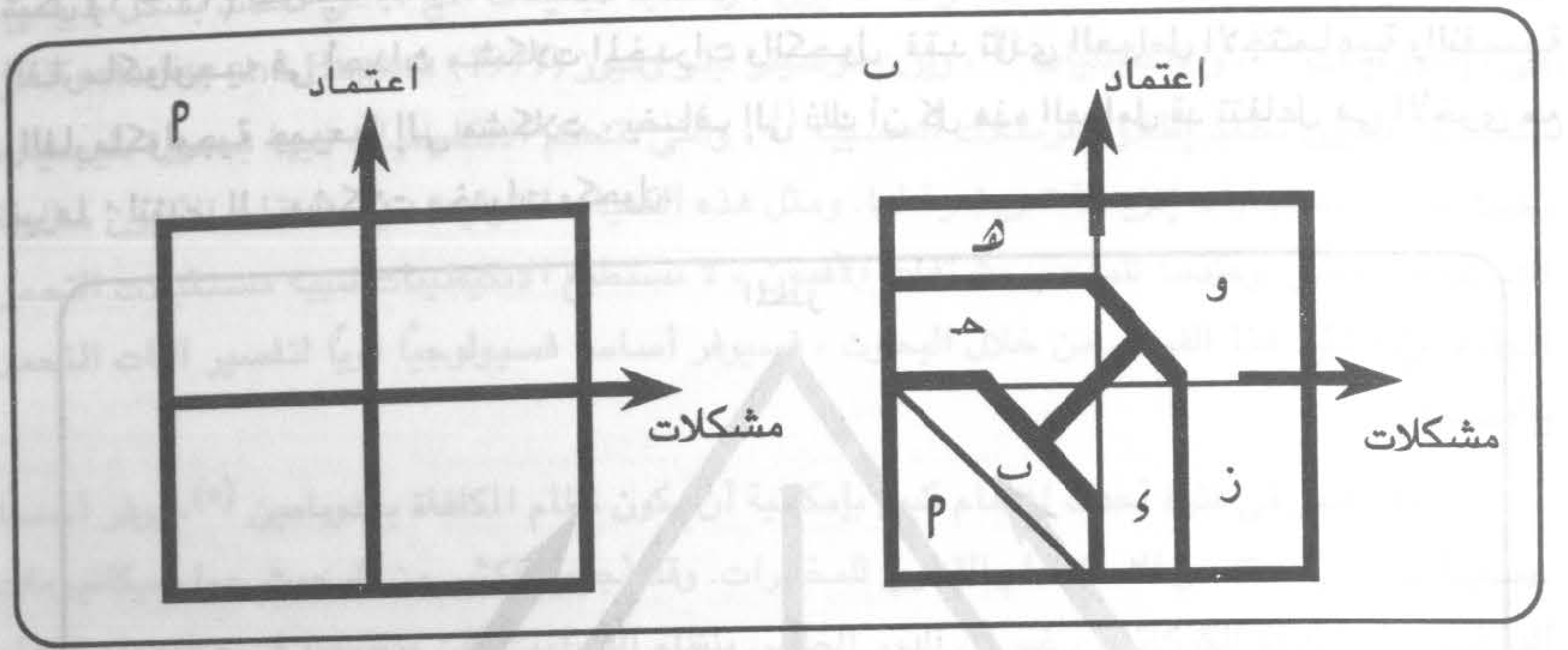
والمدمن النمطى، أو الكحولى سيكون الاحتمال أكبر أن يشغل القطاع (و) فى الشكل (١ – ١٩) (ب). ويميل مثل هؤلاء الأفراد لأن يتسموا بالاعتمادية الحادة بالاضافة إلى أن لديهم عديداً من المشكلات المتعلقة بالمخدرات. ومدمن الكحول المزمن كثيف الشراب ، والذى يعانى من عجز عن التحكم فى استهلاكه للكحول، والذى يظهر عجزًا فى الوظائف العقلية هو نموذج مثل هذه الحالة.ويذكر سيتمسون Stimson فى وصفه لأكثر مدمنى الهيروين تشوشًا فى دراسته ، أن المدمنين (انظرما سبق) يبدون فى صورة نقيضة للمتزنين فى كل الجوانب تقريبًا. وغالبًا ما يقوم أغلبهم... بمساعده أنفسهم من خلال القيام بالسرقة ... كما يتضمن استخدامهم للمخدرات ... المشاركة فى أدوات التعاطى التى يحققون أنفسهم بها ... ولديهم دائمًا أكبر قدر من الشكاوى الجسمية ... وهم قليلو الأكل" (Stimson, 1973 : 178 - 9).

ولا يحتمل أن يكون هذان البعدان مستقلين تمامًا عن بعضهما فى الواقع ، وفى الكثير من الأحيان يوجد احتمال لارتباطات إيجابية بين حدة الاعتماد والمشكلات ، ويمكن توقع أن احتمالات وقوع حالات فى القطاعين أ، ب، و فى الشكل ١ : ١٩ (ب) سيكون لعدد أكبر من الحالات ، التى تقع فى القطاعات هـ، ز وهو توقع يتطلب فحصًا تجريبيًا للإجابه عنه. وفى دراسة حديثة لمدمنى الهيروين (Gossop et al., 1993 a, b) ، تبين أن حدة الاعتماد مرتبطة إيجابيًا بمجال من سلوك التعرض للخطر. وبقدر حدة اعتماد مستخدمى الهيروين بقدر تزايد احتمال تورطهم فى الدعارة ، حتى يتمكنوا من

(1) Hepatits B infection.

الحصول على المخدرات، أو على النقود التى يشترون بها المخدرات. كما تتزايد احتمالات أن يحقنوا بالمخدرات، وأن يستخدموا أدوات حقن ، سبق أن استخدمها آخرون. وهذا السلوك المتضمن للخطر يرتبط بشكل مباشر بظروف الحياة المهددة مثل فيروس التهاب الكبد الوبائى، وفيروس الإيدز.

وهناك صله مباشرة ، فى حالة إدمان الكحول، بين الإدمان وبين تطورات صحية ، تترتب عليه ، قد تتضمن تلف الجهاز العصبى المركزى، والكبد، والجهاز المعدى، والبنكرياس، والقلب.



شكل ١ : ١٩ ابعاد الاعتماد والمشكلات

التوجهات النظرية فى مشكلات المخدرات والكحول

ليست النظريات مجرد محاولات منظمة لتفسير الأحداث ، بل هى تعمل بوصفها طريقة لملاحظة العالم وتفسيره. وتتضمن النظريات والمفاهيم أنماطاً من التحيزات أو التوجهات حول نوع الظواهر ، التى يتعين ملاحظتها، وأى نوع من الاجراءات يجب استخدامه لملاحظتها. يضاف إلى ذلك أننا نتناول كل شىء، فى ضوء نظرية سبق أدراكها. وتتأثر الطريقة التى نحاول بها تقييم مشكلات الاعتماد على المخدرات والكحول بالمفاهيم النظرية السابقة.

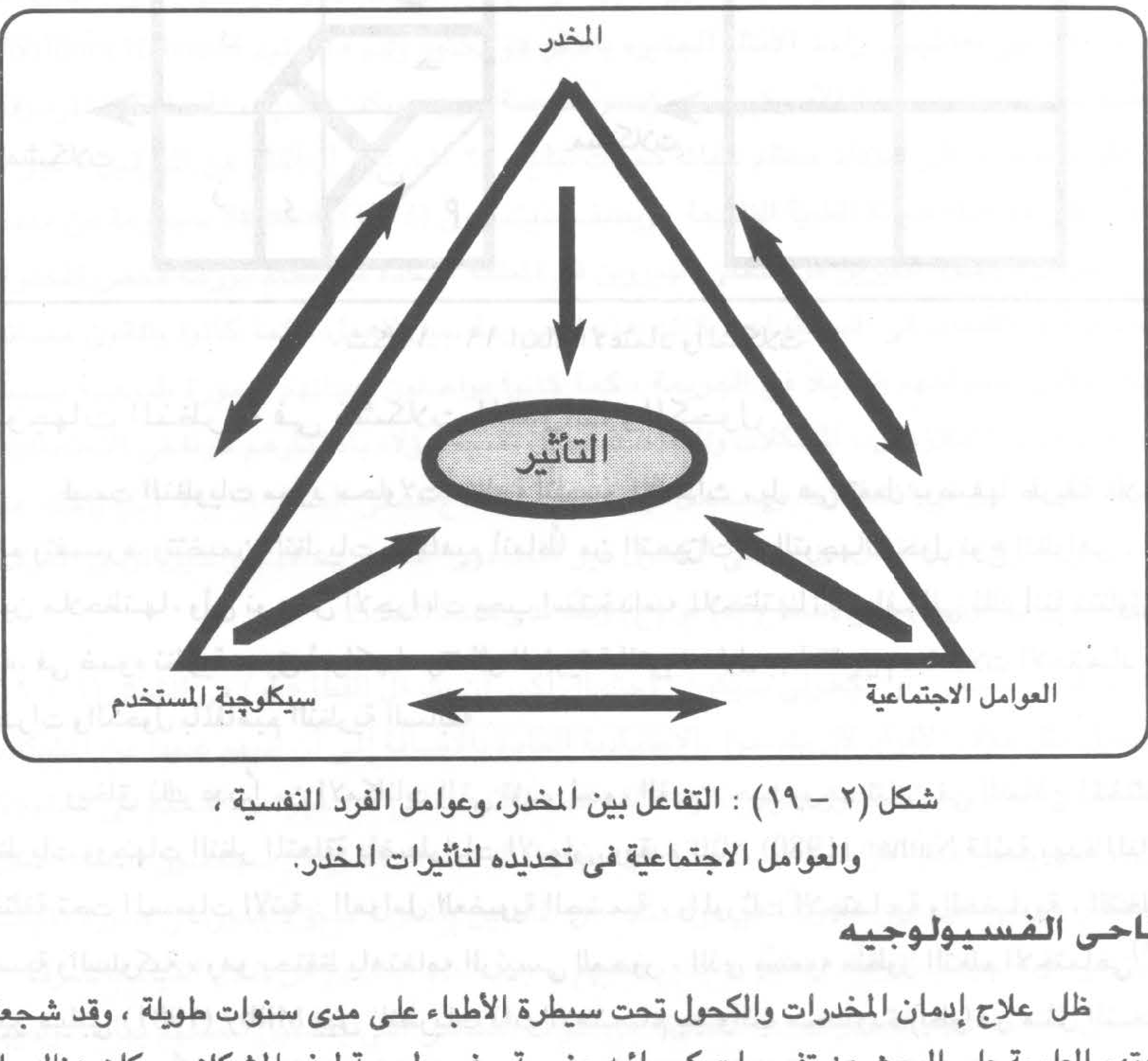
ويخلق ذلك عديداً من الإمكانات التى تؤدى لسوء الفهم ، حيث يوجد تباين فى النماذج المختلفة ، والنظريات ووجهات النظر المتعلقة باضطرابات الإدمان. ويقدم ناثان Nathan (1980) قائمة بهده المناحى المختلفة تحت المسميات الآتية : العوامل العضوية الجسمية ، والمورثات الاجتماعية والحضارية ، التحليلية النفسية والسلوكية ، وهو يحتفظ باهتمامه الرئيسى للمحور ، الذى يسميه منظور التعلم الاجتماعى (١) . ويميز ميلبى Milby (1981) بين النظريات ذات الاهتمام بجوانب محدودة (بظواهر مثل التحمل والانسحاب أساساً) ، وتلك التى تحاول تقديم تفسيرات أعرض لسلوك الإدمان. ولهذا التمييز أهميه بالغة. ويقسم ميلبى النظريات المهتمة بتفسير التحمل والانسحاب إلى أربعة أنواع : تلك التى تفترض حدوث تغيرات أيضية (٢)، وتلك المتعلقة بموضع المستقبل الحسى، ونظريات العاملين المقاومة – العملية ، ونظريات التوافق المسامية.

ويقسم النظريات الأكثر شمولاً إلى خمس فئات أخرى ، هى نظريات التحليل النفسى، ونظرية الأمراض الأيضية ، ونظرية دافع الإغراء المصطنع، ونظرية التعليم، ونظرية المقاومة العملية.

---

(1) Social learning prospective.
(2) Metabolic.

وأيا كانت الميزة العلمية (أو غير العلمية) لهذه النماذج المختلفة. فإن الفهم الأكلينيكى لمشكلات المخدرات والكحول يتطلب أن يتخذ المرء وجهة نظر أكثر تفاعلية حول أسبابها ؛ فمشكلات المخدرات والكحول تنتج وتتأثر بعدد كبير من العوامل المختلفة ؛ فقد تكون العوامل الاجتماعية والنفسية والفارماكولجية جميعها مشاركة . غير أن الاحتمال هو أنها ستكون ضالعة بدرجات مختلفة ، بالنسبة للأفراد المختلفين. ونتيجة لذلك .. فإن موقفًا نظريًا محدداً سيجبر على الرؤية فى اتجاه ضيق ، ويعرض شكل (٢ – ١٩) نموذجًا بسيطًا للأسلوب ، الذى تتفاعل به العوامل النفسية والاجتماعية مع العوامل الفارماكولوجيه فى أحداث مشكلات المخدرات والكحول. فقد تؤدى العوامل الاجتماعية والنفسية والفارماكولوجية جميعها إلى مشكلات ، يضاف إلى ذلك أن كل هذه العوامل قد تتفاعل هى الأخرى مع غيرها ؛ لتؤدى إلى مشكلات مخدرات وكحول.



شكل (٢ – ١٩) : التفاعل بين المخدر، وعوامل الفرد النفسية ، والعوامل الاجتماعية فى تحديده لتأثيرات المخدر.

المناحى الفسيولوجيه

ظل علاج إدمان المخدرات والكحول تحت سيطرة الأطباء على مدى سنوات طويلة ، وقد شجعتهم خلفيتهم العلمية على البحث عن تفسيرات كيميائيه عضوية، وفسيولوجية لهذه المشكلات. وكان هناك دائمًا اهتمام بحثى قوى فى التغيرات الفسيولوجية ،التى تحدث استجابه للمخدرات. وقد ذكر الكثير من الباحثين انه لابد أن تكون هناك بعض الآليات الفسيولوجية الكامنة خلف اضطرابات الإدمان.

كما كانت هناك بالمثل فروض حول أن بعض الناس قد يكون لديهم استعداد كيميائى حيوى للكحوليات. ولم تشر أية دراسات أيضية للكحولية [1] ، لوجود فروق فى المدى الذى تحدث به عملية امتصاص الكحول بين الكحوليين وغير الكحوليين ، على الرغم من وجود بعض الأفكار حول أن الكحوليين يختلفون عن غير الكحوليين فى الطريقة ، التى يتم بها تأييض [2] الكحول. وعلى الرغم من ذلك ، ومهما

(1) Alcoholism.
(2) Metabolise.

كانت الفروق الأيضية التى ظهرت حتى الآن بين الكحوليين وغير الكحوليين، يتعين النظر إلى أغلبها باعتبارها مترتبات على الاعتماد أكثر من كونها أسباباً له (Dietrich, 1976) ، بالاضافة الى ذلك، وعلى الرغم من وجود بعض البيانات التى توحى أن العوامل الجينية تسهم فى إدمان الكحول ، فليس من الواضح ما إذا كان هذا التأثير يقتصر على الكحولية وحدها ، أو أنه يتعلق باستعداد عام للأمراض السيكاتيريه (Murray, 1979) وكان أحد أكثر جوانب التقدم البحثى تأثيراً خلال السبعينيات ، هو اكتشاف مواقع مستقبلات [1] مستحضرات الأفيون ، وتحديد كيميئات المخ ، التى تحدث بشكل طبيعى، وهى الإندورفينات [2]، والإنكفيلنيات [3]، ويرى كوسيتر ليتز وهيوز Kosterlitz and Hughes (1977) أن مشتقات الأفيون تخمد إطلاق المرسلات العصبية [4]، والتى تتحكم الانكفيلنيات فيها بصورة طبيعية ، وحيث تحدث استجابات إنزيمية تعويضية لها. ومثل هذه الكميات المتزايدة من مشتقات الأفيون مطلوبة للاحتفاظ بالتأثير. وعندما تنسحب مشتقات الأفيون ، لا تستطيع الانكيفلينات تنبيه مستقبلات التحمل المعقدة. وإذا تأيد هذا الفرض من خلال البحوث ، فسيوفر أساساً فسيولوجياً قوياً لتفسير آليات التحمل والانسحاب.

وقد ظهر فى فترة أحدث اهتمام كبير بإمكانية أن يكون نظام المكافأة بالدوبامين [5]، يوفر أسساً عصبية كيميائية ، تفسر الاستخدام القهرى للمخدرات. وقد أجرى الكثير من البحوث حول ميكانيزمات الدوبامين باستخدام الكوكائين ، غير أن الدور الخاص بنظام الدوبامين كان متضمنا فى صلته باستخدام مخدرات أخرى ، بما فى ذلك المنبهات مثل الأمفيتامين والنيكوتين، وكذلك العقاقير المسكنة مثل الكحول. وقد قدم ليبمان وكوبر Liebman and Cooper (1989) مراجعة ممتازة للأسس العصبية الفارماكولوجية للمكافأة . ويقدم هذان المؤلفان تحذيراً من الإفراط فى الحماس ، عند تفسير النتائج فى هذا الميدان : "والكثير من الأهتمام بمكافآت تنبيه المخ يعتمد على الفرض الضمنى ، وهو أن فهماً لهذه الظاهره سيؤدى إلى رؤية جديدة للدافعية العضوية العصبية .. وعند هذه النقطة يبدو أن هذا الهدف مازال بعيداً عن التحقيق" (Liebman and Cooper, ibid. : 93)

وقد يكون لدى بعض الناس من أصحاب مشكلات المخدرات أو الكحول تلف مخى ، سواء نتيجة لتعاطيهم لفترات طويلة لهذه المواد (كما يحدث فى حالة الكحول) ، أو نتيجه للجرعات الزائده أو الحوادث المرتبطه باستخدامهم للكحول والمخدرات. وزمله فيرنيك-كورساكوف Wernicke-korsakoff هى إحدى نتائج نقص الثيامين [6]، (فيتامين ب) والذى يسبب تلفًا فى المنطقة حول البطنية [7]، للمخ تكشف عن نفسها بصورة أولية من خلال ضعف فى الذاكرة. والتلف المخى الكحولى يمكن أن يتسبب أيضاً فى توازن وحركة ضعيفة وعدم وضوح الإبصار ، ومن غير الواضح تماماً ما إذا كان استخدام المخدرات المحظوره يؤدى إلى تلف مخى، و إلى أى مدى يمكن أن يصل اليه هذا التلف ، ولم تبين الدراسات الممتدة (الطولية) على مدمنى الجرعات الكبيرة من مشتقات الأفيون وجود أى تلف مرتبط بالهيروين (Strang and Gurling, 1989). وقد يسبب الكوكائين وبقية المخدرات المنبهة حوادث خطيرة فى شرايين القلب ، لدى أقلية من المتعاطين (Gossop, 1987).

(1) Opiate receptor sites.
(2) Endrophins.
(3) Enkephelins.
(4) Neuro-transmitters.
(5) Dopamine.
(6) Thiamine.
(7) Periventricular.

المناحى التشريطيه

كان ويكلر (١٩٤٨) أول من ذكر أن عوامل التشريط تلعب دورا مهماً فى إدمان المخدرات. وحيث تزيد الحيوانات من معدل استجاباتها الاجرائية [١]، عندما تكون تالية لحقنها فى الوريد بمشتقات الأفيون، ومنبهات الجهاز العصبى المركزى الأخرى ، مثل الامفيتامينات أو الكوكائين أو المسكنات مثل المنومات. كما يرى ويلكر أن السلوك المرتبط بالمخدرات يحدث بمثابة تدعيمات ثانوية ؛ نتيجة مزاوجته المتكررة بالتدعيمات الأولية المرتبطة بالمخدر. وبالمثل فإن المنبهات المرتبطه بأعراض الانسحاب تكتسب خصائص التشريط التنفيرى ، وهناك تأييد تجريبى واسع لهذه التأثيرات (مثال ذلك : Kumar and stolerman, 1977) ، كما أنها تتسق مع تعليقات الكثير من المدمنين الذين يذكرون حاجتهم الماسه للمخدرات ، عندما يزورون أماكن يربطون بينها وبين شراء أو استخدام المخدرات ، ويرى ويكلر أن المعدل العالى للأنتكاس بين المدمنين يمكن أن يكون نتيجة لعدم الانطفاء التام لكل من المدعمات الثانوية الايجابية والسلبية.

تلى أعمال ويلكر، اتجاه آخر فى بحوث التشريط أدى إلى تفسير للعمليات الإجرائية فى التحمل؛ فالنموذج البافلوفى يرى أن الاستجابات التشريطية لمجموعة متنوعة من المخدرات (بما فى ذلك مشتقات الأفيون والكحول مناقضة فى الاتجاه للتأثيرات غير التشريطية ، ومن بين الأدلة على ذلك حقيقة أنه عند عرض المؤشرات المعتادة لتقديم المخدر ، دون تقديمه بالفعل ، يحدث تعزيز للاستجابات التشريطية التعويضية (Siegel, 1976) . ومع الزيادة التدريجية فى قوة الاستجابة التشريطية يتناقص التأثير اللاتشريطى للمخدر (بمعنى حدوث التحمل). وبالتالى فظهور التحمل يعتمد على الخبرات السابقة فى بيئة تعاطى المخدر ، بالإضافة إلى اعتماده على المخدر. ويشترك التحمل فى الكثير من أوجه الشبه مع عمليات التذكر أو التعلم ؛ فكل من التحمل والتعلم يظلان لفترات زمنية طويلة ، وكلاهما يختل بالصدمات الكهربائية وتنبيه الفص الجبهى للمخ والمكابح الأيضية [٢] (Siegel, 1979).

وهناك تناقض واضح بين هذه التفسيرات التشريطية ، فالاستجابة فى نظرية ويلكر مشابهة للتأثير الملحوظ للمخدر، بينما تكون الاستجابة فى تفسير سيجيل مضادة لتأثير المخدر. ومالم يكن ممكنًا التنبوء بطبيعة واتجاه الاستجابة التشريطية فستصبح قيمة أى نظرية تشريطية مهددة بصورة خطيرة ، وإحدى محاولات حل هذا الأمر، قام بها ايكلبوم وستيوارت (Eikelboom and Stewart (1982 ، اللذان ذكرا أن التناقض الواضح فى التنبوءات ناتج عن سوء فهم لطبيعه المنبه غير التشريطى ، والاستجابة التشريطية عند استخدام المخدرات فى دراسات التشريط، فعمليه إعطاء المخدر فى حد ذاتها لا يمكن افتراض أنها ستكون بالضروره منبهاً غير شرطى، ولا أن يكون التأثير الملاحظ للمخدر هو الاستجابة غير الشرطية. ويرى ايكلبوم وسيتورات أنه يتعين اعتبار المخدر منبهاً غير شرطى ،عندما يعمل على الذراع الناقل [٣]، للجهاز العصبى المركزى فقط ، وأن تلك التأثيرات للمخدر التى يتوسط فيها الجهاز العصبى المركزى الأرجاع الفسيولوجية هى وحدها ،التى يمكن اعتبارها استجابات شرطية .

نظريات الشخصية

كان لنموذج اضطرابات الشخصية دائمًا تأثير عميق على التفكير السيكايترى ، حول الاعتماد على المخدرات والكحول. وبالتأكيد كان التصنيف السيكايترى يميل فى وقت ما لتعريف إدمان المخدرات

---

(1) Operant responding.
(2) Metabolic inhibitors.
(3) Afferen arm.

بمفاهيم اضطرابات الشخصية (كما فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثانى)، وقد جاءت هذه الصياغة من التفكير التحليلى النفسى حول العصاب (انظر Gossop, 1981)، ويقال عن الأشخاص الذين يصبحون مدمنين أن لديهم استعداداً لذلك نتيجة لخصائص شخصياتهم، وأن الإدمان يعد فى حد ذاته إعراضاً لهذه المشكلة الكامنة.

وقد نشر قدر ضخم من بحوث الشخصيه، ويمكن إغراء القارىء المتشكك لمراجعة ذلك باعتبارات السهولة، التى تجرى بها هذه البحوث. وقد وصف كاتل Cattel (1946) نفسه الاستخدام المفرط لاستخبارات الشخصية بوصفه "أدنى درجات الابتكار العلمى والدقة"، ولم يسهم هذا الفيض الضخم من البحوث المنشورة إلا بالقليل فى دعم وجهة نظر اضطرابات الشخصية فى اضطرابات الاعتماد. والأمر المؤكد الوضوح أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة، ومدمنى المخدرات ومدمنى الكحول مجتمعات غير متجانسه بشكل واضح.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك دلائل جيدة على أن الكثيرين من المدمنين والكحوليين، الذين يسعون للعلاج يظهرون علامات على وجود صعوبات نفسية أو بروفيلات شخصية "غير سوية" وقد قارن جوسوب وأيزنك Gossop and Eysenck (1980) مجموعة تتكون من أكثر من ٢٠٠ مدمن فى ثلاثة مراكز علاجية فى لندن بمجموعة ضابطة من الأسوياء. وقد اختلف المدمنون عن المجموعة السوية على المقاييس الاربعة جميعها فى استخبار أيزنك للشخصيه، غير أن أكثر التأثيرات المؤكدة كانت هى الدرجات متطرفة الارتفاع، التى حصل عليها المدمنون على مقياس العصابية. والذين بدا أنهم يعانون من صعوبات وجدانية، وأساساً من القلق والمشاعر الأكتئابية، وتوحى مراجعة لتراث البحوث حول شخصيات الكحولين وجود مستويات مرتفعة من العصابية لديهم بتكرار مرتفع (Bernes, 1979). كما ذكرت دراسة أخرى أن العينات الأكلينيكية، للمدمنين والكحوليين، كانت من أصحاب الدرجات المرتفعة على مقاييس العدائية والسيكوباتية، كما تقاس ببطاريه مينسوتا متعددة الاوجه للشخصية (MMPI)، وفى الخشونة [1] كما تقاس بمقياس الذهانية (P) فى استخبار ايزنك للشخصية. (Gossop and Roy, 1976; Miller, 1976; Gossop and Eysenck, 1980)، ويحتمل أن ترجع هذه النتائج، جزئيًا على الأقل، لعلميات الانتخاب الاجتماعى، والتى يسعى من خلالها الأشخاص الأكثر اضطراباً من الناحية النفسية، أو يوجهون، إلى وكالات العلاج.

وهناك بعض البيانات التى توحى أن المخدر الذى يعتمد عليه الشخص، يمكن أن يكون موضع اختيار بسبب تأثيره الطبى أو العلاجى. ويرى تيسيدال Teasdale (1972) أن المخدرات المنبهة تستخدم بكثرة لخفض القلق الاجتماعى (انظر الفصل العشرين). وبالمثل يرى جوسوب وروى Gossop and Roy (1976) أن مدمنى مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر؛ لكى يمكنهم من التعامل مع الكدر المرتبط بمشاعر العداء والعدوانية. ولم يتم حتى الآن متابعة هذه الأفكار حول الصلة المعينة بين المشكلات النفسية، والمخدر المختار من خلال بحوث أخرى.

وعلى الرغم من ذلك فإن المخدرات عبارة عن أدوات قويه لتبديل الحالة الذاتية للمتعاطى. ومن الواضح أيضًا أن كثيراً من الناس يقعون فى صعوبات بسبب الطريقه، التى يحقق بها مخدرهم مشاعر الراحة النفسية. ويمكن خفض الكدر المرتبط بالقلق والغضب والاكتئاب، بواسطة الكثير من المخدرات

(1) Tough-minded.

التى يُساء استخدامها. وعندما يحدث هذا النوع من العلاج الذاتى ، فقد يكون من الملائم أن توضع فى الاعتبار احتمالات وضع برنامج مناسب ، يتجه نحو علاج المشكلات الكامنه خلفه.

المنظور الاجتماعى

يؤثر السياق الاجتماعى على تعاطى المخدرات من عده جوانب، بدءاً من المستوى الاجتماعى الحضارى ، وحتى الظروف النوعية التى يستخدم فيها المخدر. وأحد أبسط محددات تعاطى المخدرات ، هو كونها متاحة. ويثير الدهشة مقدار تجاهل هذا العامل فى الماضى ، وليس من الضرورى الاستشهاد بتفسيرات فارماكولوجية أو نفسية معقدة ؛ لفهم لماذا يكون معدل مدمنى الكحول مرتفعاً بين مضيفى البارات (١). كما يمكن ملاحظة الأمر نفسه حول سوء استخدام المخدرات بين العاملين فى الهيئة الطبية. وبالنسبه للمخدرات المحظورة تلعب إتاحتها هى الأخرى دوراً قوياً فى توجيه الشخص إلى التعاطى ، ونتيجة للثورة الإيرانية ، انتقل منتجو الهيرويين الى المناطق الشمالية فى باكستان (بالإضافة إلى مناطق أخرى فى أفغانستان والهند) حول نهاية السبعينيات ، مصطحبين معهم تكنولوجيتهم لتصنيع الهيروين من الأفيون. وقد أدى ذلك إلى إنتاج كميات ضخمه من الهيروين وإلى قيام صناعه توزيع. ونتيجة لهذه الكميات الهائلة من المخدرات ، أصبح الحصول عليها ميسوراً ، كما أصبحت رخيصة السعر ، ومتاحة فى أغلب أجزاء باكستان ، وهو بلد كان من حسناته عدم وجود مدمنى هيروين فيه حتى منتصف السبعينيات. وقد ارتفع فيه عدد المدمنين إلى أكثر من نصف مليون (ويصل أحد التقديرات بالرقم إلى ٧٠٠,٠٠٠) خلال النصف الثانى من الثمانينيات (Gossop, 1989b).

وقد أشار عديد من الباحثين إلى التأثير الخاص ، الذى تمارسه أنماط الحضارة على معدلات إدمان الكحول ، والجيل الأول من الإيطاليين الأمريكيين واليهود الأمريكيين ، اللذين أتيا كلاهما من حضارات يتم فيها تعاطى المخدرات فى الأسرة أو فى المواقف الدينية كانوا أكثر ميلاً لتعاطى الكحول، ولكنهم أقل ميلاً لأن يصبحوا مدمنين له (Calahan, 1978) ، ومن ناحية أخرى كان استهلاك الأيرلنديين الأكثر ميلاً للشرب فى الحانات أقل ، ولكن معدل إدمان الكحول بينهم أعلى. وبذوبان هذه الفئات فى المجتمع الأمريكى وانخفاض تمايزها ، أصبح معدل الإدمان لديهم متشابهاً بقدر كبير.

ومن بين أكثر المدمنين فى الولايات المتحدة السود وأبناء بورتوريكو ، وقد أشارت الدراسات المكبره التى هدفت البحث عن المتغيرات المرتبطة بالإدمان إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية غير المواتية : وضع اجتماعى منخفض، تحصيل تعليمى منخفض ، حياة عائلية ممزقة ، سكن مزدحم. وجميعها كانت متغيرات مرتبطة بقوة بالإدمان (Chein et al., 1964) وعلى الرغم من ذلك، فالملاحظات فى حد ذاتها محدودة حضاريا ؛ فلم يكن هذا النمط واضحاً فى بريطانيا لسنوات طويلة .. ومع التغيرات التى حدثت خلال الثمانينيات ، يوجد الآن اتفاق أكبر بين الأنماط البريطانية والأمريكية ، وذلك بعد زيادة التركيز على مستخدمى المخدرات المحظورة فى بعض المناطق الداخلية المحرومة فى المدينة. وعلى النقيض من الخبرة الأمريكية ، وهو ما يبدو مثيراً للدهشة إلى حد ما ، فان حجم مشكلات المخدرات المحظورة (إدمان الهيروين على وجه الخصوص) بين مجموعات المهاجرين ، أمثال القادمين من الهند الغربية والآسيويين مازالت منخفضه بأكثر مما يتوقع.

وقد يكون التأثير الاجتماعى الفورى على تعاطى المخدرات مهمًا من حيث : التقييم ، والعلاج والتأثير الاجتماعى، على سبيل المثال، هو أحد العوامل ، التى تسهم فى تطور أنماط تعاطى الكحول لدى

(1) Barmen.

المراهقين (Jessor and Jessor, 1975) ، ودائمًا ما تستمر العوامل الاجتماعية فى لعب دور مهم فى بقاء الأنماط المنحرفة لتعاطى الكحول او المخدرات.

ويتضمن التقييم جزءاً مهمًا هو توضيح دور السياق الاجتماعى ، الذى يحدث فيه تعاطى المخدرات بشكل عام. واسس إدمان الكحول لدى المتعاطى الذى يتعاطى بمفرده قد تكون مختلفه تمامًا عن أسس التعاطى لدى أولئك ، الذين يتعاطون اجتماعيا فى البارات أو الأماكن الباهظة التى يرتادها رجال الأعمال.

وينطبق الأمر نفسه على إدمان المخدرات ، ففى دراسة حول مدمنى المخدرات ميز ستيمسون Stimson (1973) بين أربعة أنماط من المستخدمين ، أولئك الذين اطلق عليهم اسم المدمنين [١] وأصحاب العالمين [٢]. والمتوحدين [٣] والمدمنين المستقرين[٤]. وقد وجد فروقًا مميزة بين هذه المجموعات من حيث عادات تعاطيهم المخدرات، صحتهم الجسمية ، صلتهم بالمجتمعات الفرعية الخاصة بالمدمنين، تورطهم فى الجريمة ، وانخراطهم فى العمل. وفى دراسه تتبعيه على مدى سبع سنوات لهذه العينة ، وجد اوبنهايمر وزملاؤه Oppenheimer et al. (1979) أن بعضهم توقف عن الاعتماد على مشتقات الأفيون، وحدث تحسن عام فى أدائهم الاجتماعى ، ويرى وايلى Wille (1978) أن تحسن هؤلاء المدمنين الذين تركوا المخدرات بأرادتهم ودون علاج متخصص قد يكون سابقًا–لا تاليًا – على امتناعهم.

وهناك قدر كبير من البحوث يتعلق بالتغيير الذاتى بين مستخدمى المخدرات، بمعنى التغيير فى أنماط التعاطى، بما فى ذلك التوقف عنها ، والذى يحدث دون أى علاج متخصص. ويتوقف أغلب الناس عن تدخين السجاير ، دون أى نوع من التدخل العلاجى (Schacter, 1982). وبالمثل، يبدو من الواضح بصورة متزايده أن كثيرا من الناس أصحاب مشكلات الكحول يتوقفون أيضًا دون علاج (Saunders and Kershaw, 1979).

وقام شاسر Schasre, (1966) بدراسة مبكره حول التوقف الذاتى ، بين مستخدمى الهيروين، ممن لم يطوروا بعد نمطًا ثابتًا للاعتماد . ومن الأمور المثيرة للشغف، وبما يتناقض مع الصياغات المتعلقة بالتاريخ الطبيعى لإدمان المخدرات ، أن أحد أسباب التوقف كان وعى المستخدم ببداية ظهور الاعتماد الجسمى. ومن المؤكد أن الوعى بمظاهر أعراض الانسحاب العضوية كان أحد أكثر الأسباب المذكورة فى البحوث للتوقف. وقد بينت هذه الدراسة أيضًا مقدار المصادفات المختلفة ، التى يمكن أن تؤثر بشكل ملحوظ فى الاستمرار فى تعاطى المخدر. وقد توقف نصف المفحوصين ؛ لأنهم انتقلوا من مناطق سكنهم أو أن من يوردون لهم المخدرات أعيقوا . وتتسق نتائج شاسر حول هذا الأمر مع تلك ، التى توصل إليها روبنز وزملاؤه Robins et al. (1974) فى دراساته المتميزة ، حول استخدام المخدرات بين المحاربين القدماء لحرب فيتنام.

وقام بيرناكى Biernacki (1986) بفحص مجموعة من مدمنى الهيروين ، ممن اختاروا بإرادتهم عدم الأشتراك فى العلاج كوسيلة للأمتناع عن المخدر ، وقد اعتقد أغلبهم إما أنه لا توجد حاجه للعلاج المتخصص ؛ لأنهم يستطيعون العنايه بأنفسهم ، أو أن العلاج لن يفيد. وكان التخلص من الإدمان،

---

(1) Junkies.
(2) Two-worlders.
(3) Loners.
(4) Stable addicts.

بالنسبه لمفحوصى بيرناكى يتم دائمًا نتيجه الانتقال بعيدًا (جغرافيا) من المكان ، الذى استقر فيه نمط تعاطيهم المخدر. وفى حالات آخرى كان الانتقال يتحقق بوضع الأشخاص على مسافة اجتماعية (١) ، بينهم وبين أصدقائهم القدامى من مستخدمى المخدرات ، وبيئة التعاطى.

ويعد الأسلوب الذى يتخلى به مستخدمو المخدرات عن المخدر (بما فى ذلك المعتمدين) قضيه مهمة بدأت دراستها بطريقه ملائمه منذ فترة قريبه.

منظور معرفى

توفر كل نظرية من النظريات التى قدمت باختصار، على أحسن الفروض، تفسيراً جزئيًا للجوانب المختلفه للاضطراب الإدمانى. وأحد جوانب الاعتماد على المخدرات والكحول ، الذى لم يقيم كما يجب هو معنى استخدام المخدر لدى الشخص ؛ فالناس لا يقعون فجأة وبشكل لايقبل التفسير ضحايا لإدمان المخدرات والكحول. وهم يتطورون بشكل نشط فى استخدامهم للمخدر ، وتلعب اتجاهاتهم ومعتقداتهم ونواياهم وتوقعاتهم دوراً مهمًا فى هذا التورط مع المخدر. وهناك على سبيل المثال بعض الجدل حول ما إذا كان الكحول يخفض من القلق والتوتر أم لا ، وقد نشرت نتائج بحوث مختلفة حول ذلك. وقد يكون أكثر صله بالموضوع ملاحظة أن الكثير من الكحوليين يتوقعون أن يخفض الكحول التوتر (Stockwell et al., 1977) ، وقد يؤثر ذلك على قرار التعاطى بالقدر نفسه ، الذى يحدثه قرار تعاطى أى دواء آخر ، وقد بين مارلات وزملاؤه Marlatt et al. (1973) أهمية مثل هذه التوقعات ، من خلال إيضاحهم أن متعاطى الكحول كانوا يعقدون العزم على التعاطى ؛ لاعتقادهم أنهم يتناولون الكحول بدلاً من أى دواء آخر. وقد أشار مارلات وروزيناو Marlatt and Rohsenow (1980) لكيف أن معتقدات وتوقعات المتعاطين يمكن أن تستحث الرغبة فى التعاطى، كما يمكن أن تؤدى إلى "فقدان التحكم". وعلى الرغم من ذلك، فإن بعض النظريات التقليدية تتضمن أن الاعتماد على المخدر أو الكحول يمكن تفسيره ، كما لو كان نتيجه لقوى تعمل ضد المستخدم وحيث يفقد إزاءها القدره على ممارسه التحكم. ويمكن أن تؤدى دلالات هذه الوجهات من النظر إلى أخطاء خطيرة فى التقييم والعلاج ؛ فجزء مهم فى عملية التقييم يتضمن إيضاح معتقدات الشخص حول المخدرات والكحول. ويتعين على كل من الأخصائى الأكلينيكى والمريض أن يكتشفا معاً ، ويحاولا فهم المعنى الاجتماعى والنفسى لتعاطى المخدر.، وكثيراً جداً ما يحاول أولئك المشاركون فى العلاج إنكار أو تجاهل إدراكات المريض حول استخدامه للمخدر. ومثل هذا الفشل فى الاعتراف بالدلالة الشخصية لتعاطى المخدر ، يؤدى إلى ميل للمقاومة أو العداء من جانب المستخدم ، كما يمكن أن يؤثر بالمثل فى جهودهم للعمل دون استخدام المخدرات.

وقد اشار روبنسون Robinson (1972) لكيف أن قبول فكرة "الدور المرضى" (٢) لدى الكحولى يمكن أن تتدخل فى العلاج، وذلك بسبب الافتراض ، الذى يقوم على أن المرضى لا يستطيعون شفاء أنفسهم بجهودهم الخاصة . وما أن يحدث داء ما فلا يمكن شفاؤه إلا من الخارج بواسطة التدخل (الطبى).. والافتراضات نفسها حول المرض، والتحكم والمسئولية تنطبق على إدمان المخدرات. وقد بحث إيزر وجوسوب Eiser and Gossop (1979) الطرق التى تفسر بها مجموعة من المدمنين المعتمدين على المخدر فى عياده بلندن تعاطيهم للمخدرات. وكانت إحدى هذه الطرق هى رؤيتهم له على أنه نوع من المرض، أو هى أنه أعراض لأضطراب كامن ، يحتاج للعلاج بواسطه الأطباء. كما تؤكد طريقة آخرى على

(1) Social distance.
(2) Sick-role.

نقص إرادة المدمن أو عدم قدرته على الحياه دون المخدرات. وهى لاتفترض جميعها على وجه الإجمال تأكيد أن بعض المدمنين يرون إدمانهم على أنه مرض. وهو تفسير يبدو مسئولاً عن تعاطيهم ، وبالتالى عن تحللهم من المسئولية عن تغييره. وقد وجدت الدراسات أن لهذه الافكار علاقه بالعلاج. ويشير جوسوب وزملاؤه (Gossop et al. (1982 b إلى أن الخوف من الانسحاب يبدو بمثابه عائق مهم أمام علاج المرضى المقيمين بالمستشفى. وقد كان المدمنون الاكثر خوفًا من الانسحاب أكثر ميلاً لعدم البحث عن علاج فى المستشفى، وكانوا أكثر ميلا لترك العلاج قبل نهايته. كما وجد برادلى وجوسوب Bradly and Gossop (1983) أيضًا فروقًا بين الذين دخلوا المستشفى للمرة الأولى ، والمرضى المترددين بشكل معتاد على عيادة الإدمان فى فكرتهم عن التعاطى. فالمرضى الجدد كانوا أكثر ميلاً لتأكيد الجوانب "الإدمانية" و"المرضية" فى استخدامهم للمخدر. وليس من الواضح إذا كانت اتجاهات كل شخص تتغير مع تدرجه خلال المراحل المختلفة من العلاج ، أم لا. إن النتائج هى التى تعكس بعض أنواع العمليات الانتخابية فقد يقوم المدمن الذى تتوافق أفكاره مع اتجاهات الفريق العلاجى بمواصلة العلاج بينما يتركه الآخرون، كما أن أفكار المدمنين حول تعاطيهم المخدرات من الأمور المهمة ، والتى تحتاج لأن توضع فى الاعتبار.

ومن بين أكثر القضايا الأساسية التى يتعين الكشف عنها الآتى : لماذا يفكر الشخص فى العلاج، ولماذا فى هذا الوقت بالذات ؟ وبأى شكل يشعر المدمنون أنهم أفضل أو مختلفين ، عندما يتعاطون المخدرات أو الكحول ؟ (والكثير من الناس لديهم معتقدات جازمة حول مقدار التحسن ، الذى يحدثه المخدر أو الكحول فى قدراتهم على الأداء). وما الذى يتوقعون الشعور به ، عندما يتوقفون عن المخدرات ؟ هل لديهم أى قدر من الثقه فى قدرتهم على تنظيم استخدامهم للمخدرات ، أو هل يعتقدون فى فكرة أخذ مجرد كأس وأحدة أو أن يسكروا مرة واحدة فقط. هل يريدون التوقف تماما عن المخدرات أو الكحول ؟ (والكثير من مدمنى الهيروين على سبيل المثال لا يعتقدون أن استخدام الكحول أو الحشيش له أى صلة بصعوباتهم). ومن بين الأسئلة المحورية الأخرى التى يتعين أن تسأل ، ما يتعلق بمعوقات المواصله بعد التغير ، بمجرد أن يتوقف الشخص عن استخدام المخدرات.

والعوامل التى تساعد أو تعوق المراحل الأولية للتغير (التوقف) قد تكون مختلفة تمامًا لدى أولئك، الذين ييسرون أو يعوقون مواصلة التغير (البقاء بعيداً عن المخدر).

دلالات أكلينيكية

من المرجح أن يكون للموقف النظرى الضمنى والصريح للمعالج تأثير بالغ على منحاه العلاجى. وعلى الرغم من ذلك يجب الاعتراف بأن العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى تطور مشكلات المخدرات والكحول متباينه ، وأفضل الموجهات للتقييم والعلاج فى الحالات الفردية ستوحى بها الظروف المحيطة بالشخص. وهكذا يكون تقييم مشكلات المخدرات والكحول ليس فقط مجرد المقدمه المهمة والضرورية للعلاج، بل هو جزء حيوى من العلاج. فدون تقييم مناسب على المستوى الفردى، لن يستطيع الأخصائى الأكلينيكى أن يعرف بدقة كيف يضع أهداف التدخل العلاجى. والفشل فى التقييم هو إحدى المشكلات الشائعة فى علاج المخدرات والكحول ، ودائمًا ما يكون عاملاً مرتبطًا بتطبيق أساليب العلاج غير الملائمه ، أو استخدام الحزم العلاجية العريضة.

تعليقات

١- لأغراض هذا الفصل، وما لم يحدد خلاف ذلك، ينظر الى الكحول على أنه مخدر ، وسيدرج تعاطيه فى إطار المعنى الواسع لمفهوم تعاطى المخدرات.

٢- يتعين أن يكون واضحاً من هذه المناقشة أن مشكلات المخدرات والكحول لا يسهل وضعها فى صيغ نظرية باعتبارها بنية أحادية البعد [1]. وهى تناقش كما هى هنا (مثلما عرضت فى الشكل ١ - ١٩ ص ٤٣٣) أولياً لأنه من المفيد نظرياً التمييز بين المشكلات وبين الاعتماد. وقد كان هناك شعور أنه من غير الضرورى الالتفات للإشارة إلى كل من أبعاد الاعتماد ، وكذلك أبعاد المشكلات المختلفة ، أو الأذى الذى يمكن أن ينتج عن استخدام المخدرات . وعلى الرغم من ذلك فيحتمل أن لا يكون من المفيد أثناء الممارسة محاولة تحديد التعقيدات أو المشكلات الخاصة بتعاطى المخدرات أو الأذى الناتج فى إطار أى بعد منفرد. ويرجح استخدام صياغة متعددة الأبعاد للأهداف البحثية والأكلينيكية حيث ينظر إلى الصحة الجسمية والأداء الاجتماعى وغيرهما، كل على حدة.

(1) Unidimensional

References

Armor, D. J. (1980) 'The Rand report and the analysis of relapse', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism Treatment in Transition*, London: Croom Helm.

Ashton, H. and Stepney, R. (1982) *Smoking*, London: Tavistock.

Ball, J. (1967) 'The rehability and validity of interview data obtained from 59 narcotic drug addicts', *American Journal of Sociology* 72: 350–4.

Barnes, G. E. (1979) 'The alcoholic personality: a re-analysis of the literature', *Journal for Studies on Alcoholism* 40: 571–634.

Berridge, V. and Edwards, G. (1981) *Opium and the People*, London: Allen Lane.

Biernacki, P. (1986) *Pathways from Heroin Addiction*, Philadelphia: Temple University Press.

Bradley, B. P. and Gossop, M. R. (1983) 'Differences in attitudes towards drug-taking among drug addicts: implications for treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 10: 361–6.

Bradley, B., Gossop, M., Brewin, B., Phillips, G. and Green, L. (1992) 'Attributions and relapse in opiate addicts', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 470–2.

Busto, U., Simpkins, J., Sellers Edward, M., Sisson, B. and Segal, R. (1983) 'Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics', *British Journal of Addiction* 78: 429–35.

Calahan, D. (1978) 'Implications of American drinking practices and attitudes for prevention and treatment of alcoholism', in G. A. Marlatt and P. E. Nathan (eds) *Behavioural Approaches to Alcoholism*, New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Cattell, R. B. (1946) *Description and Measurement of Personality*, New York: World Books.

Chein, I., Gerard, D. L., Lee, R. S. and Rosenfeld, E. (1964) *Narcotics, Delinquency and Social Policy. The Road to H*, London: Tavistock.

Dietrich, R. A. (1976) 'Biochemical aspects of alcoholism', *Psychoneuroendocrinology* 1: 325–46.

Dole, V. P. and Nyswander, M. E. (1967) 'Heroin addiction – a metabolic disease', *Archives of Internal Medicine* 120: 19–24.

Edwards, G. (1977) 'The alcohol dependence syndrome: usefulness of an idea', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism: New Knowledge and New Responses*, London: Croom Helm.

Edwards, G., Arif, A. and Hodgson, R. (1981) 'Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a W.H.O. memorandum', *Bulletin World Health Organisation* 59: 225–42.

Eikelboon, R. and Stewart, J. (1982) 'Conditioning of drug-induced physiological responses', *Psychological Review* 89: 507–28.

Eiser, J. R. and Gossop, M. R. (1979) ' "Hooked" or "Sick": addicts' perceptions of their addiction', *Addictive Behaviours* 4: 185–91.

Gossop, M. (1978) 'A comparative study of oral and intravenous drug-dependent patients on three dimensions of personality', *International Journal of the Addictions* 13: 135–42.

Gossop, M. (1981) *Theories of Neurosis*, Berlin: Springer.

Gossop, M. (1987) 'Beware cocaine', *British Medical Journal* 295: 945.

Gossop, M. (1989a) *Relapse and Addictive Behaviour*, London: Routledge.

Gossop, M. (1989b) *Heroin Detoxification: Guidelines for Family Doctors and Primary Health Care Workers*, Islamabad: Pakistan Narcotics Control Board.

Gossop, M. (1990) The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS), *Addictive Behaviors* 15: 487–90.

Gossop, M. (1993) *Living with Drugs, 3rd edn*, Aldershot: Ashgate.

Gossop, M. R. and Eysenck, S. B. G. (1980) 'A further investigation into the personality of drug addicts in treatment', *British Journal of Addictions* 75: 305–11.

Gossop, M. and Roy, A. (1976) 'Hostility in drug dependent individuals: its relation to specific drugs, and oral and intravenous use', *British Journal of Psychiatry* 128: 188–93.

Gossop, M., Bradley, B. and Brewis, R. (1982a) 'Amphetamine withdrawal and sleep disturbance', *Drug and Alcohol Dependence* 10: 177–83.

Gossop, M. R., Eiser, J. R. and Ward, E. (1982b) 'The addicts' perceptions of their own drug taking: implications for the treatment of drug dependence', *Addictive Behaviours* 7: 189–94.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1989) 'Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment', *British Journal of Psychiatry* 154: 348–53.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. and Strang, J. (1992) 'Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamine', *British Journal of Addiction* (forthcoming).

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. and Strang, J. (1993a) 'Severity of heroin dependence and HIV risk. I. Sexual behaviour', *AIDS Care* 5: 149–57.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. and Strang, J. (1993b) 'Severity of heroin dependence and HIV risk. II. Sharing injecting equipment', *AIDS Care* 5: 159–68.

Gottheil, E., Murphy, B. F., Skoloda, T. E. and Corbett, L. O. (1972) 'Fixed interval drinking decisions', *Quarterly Journal Studies on Alcohol* 33: 325–40.

Gutierres, S. E. and Reich, J. W. (1988) 'Attributional analysis of drug abuse and gender', *Journal of Social and Clinical Psychology* 7: 176–91.

Hesselbrock, M., Babor, T. F., Hesselbrock, U., Meyer, R. E., and Workman, K. (1983) '"Never believe an alcoholic"? On the validity of self-report measures of alcohol dependence and related constructs', *International Journal of the Addictions* 18: 593–609.

Hodgson, R. (1980) 'The Alcohol Dependence Syndrome: a step in the wrong direction? A discussion of Stan Shaw's critique', *British Journal of Addiction* 75: 255–63.

Hodgson, R., Stockwell, T., Rankin, H. and Edwards, G. (1978) 'Alcohol dependence: the concept, its utility and measurement', *British Journal of Addiction* 73: 339–42.

Jessor, R. and Jessor, S. L. (1975) 'Adolescent development and the onset of drinking: a longitudinal study', *Journal of Studies on Alcohol* 36: 27–51.

Kosterlitz, H. W. and Hughes, J. (1977) 'Opiate receptors and endogenous opioid peptides in tolerance and dependence', in M. M. Gross (ed.) *Alcohol Intoxication and Withdrawal*, New York: Plenum.

Kuehnle, J. and Spitzer, R. (1981) '*DSM III* Classification of substance use disorders', in J. Lowinson and P. Ruiz (eds) *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*, Baltimore: Williams and Williams.

Kumar, R. and Stolerman, I. P. (1977) 'Experimental and clinical aspects of drug dependence', in L. I. Iverson and S. D. Iverson, (eds) *Handbook of Psychopharmacology*, New York: Plenum Press.

Liebman, J. and Cooper, S. (1989) *The Neuropharmacological Basis of Reward*, Oxford: Clarendon Press.

Marlatt, G. A. and Rohsenow, D. J. (1980) 'Cognitive processes in alcohol use: expectancy and the balanced placebo design', in N. K. Mello (ed.) *Advances in Substance Abuse*, Greenwich, Conn.: JAI Press.

Marlatt, G. A., Damming, B. and Reid, J. B. (1973) 'Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue', *Journal of Abnormal Psychology* (8)1: 233-241.

Mello, N. K. and Mendelson, J. H. (1971) 'Drinking patterns during work contingent and non-contingent alcohol acquisition', in N. K. Mello and J. H. Mendelson (eds) *Recent Advances in Studies of Alcoholism*, Washington: NIMH.

Milby, J. B. (1981) *Addictive Behaviour and its Treatment*, New York: Springer.

Miller, W. R. (1976) 'Alcoholism scales and objective assessment methods: a review', *Psychological Bulletin* 83: 649–74.

Murray, R. (1979) 'Alcoholism', in P. Hill, R. Murray and A. Thorley (eds) *Essentials of Postgraduate Psychiatry*, London: Academic Press.

Nathan, P. E. (1980) 'Etiology and process in the addictive behaviours', in W. R. Miller (ed.) *The Addictive Behaviours*, New York: Pergamon.

Oppenheimer, E., Stimson, G. V. and Thorley, A. (1979) 'Seven-year follow-up of heroin addicts: abstinence and continued use compared', *British Medical Journal* 2: 627–30.

Orford, J., Oppenheimer, E. and Edwards, G. (1976) 'Abstinence or control: the outcome of excessive drinkers two years after consultation', *Behaviour Research and Therapy* 14: 409–18.

Phillips, G., Gossop, M., Edwards, G., Sutherland, G., Taylor, C. and Strang, J. (1987) 'The application of the SODQ to the measurement of the severity of opiate dependence in a British sample', *British Journal of Addiction* 82: 691–9.

Robins, L., Davis, D. and Goodwin, D. (1974) 'Drug use by US Army enlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home', *American Journal of Epidemiology* 99: 235–49.

Robinson, D. (1972) 'The alcohologist's addiction: some implications of having lost control over the disease concept of alcoholism', *Quarterly Journal Studies on Alcohol* 33: 1028–42.

Russell, M. A. H. (1976) 'Tobacco smoking and nicotine dependence', in R. G. Gibbins *et al.* (eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. vol. 3*, New York: Wiley.

Saunders, W. and Kershaw, P. (1979) 'Spontaneous remission from alcoholism – a community study', *British Journal of Addiction* 74: 251–6.

Schacter, S. (1982) 'Recidivism and self-cure of smoking and obesity', *American Psychologist* 37: 436–44.

Schasre, R. (1966) 'Cessation patterns among neophyte heroin users', *International Journal of the Addictions*, 1: 23–32.

Shaw, S. (1979) 'A critique of the concept of the alcohol dependence syndrome', *British Journal of Addiction* 74: 339–48.

Siegel, S. (1976) 'Morphine analgesic tolerance: its situation specificity supports a Pavlovian conditioning model', *Science* 193: 323–5.

Siegel, S. (1979) 'The role of conditioning in drug tolerance and addiction' , in J. D. Keehn (ed.) *Psychopathology in Animals*, New York: Academic Press (143–68).

Sobell, L. C. and Sobell, M. B., (1978) 'Validity of self-reports in three populations of alcoholics', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 901–7.

Stimson, G. (1973) *Heroin and Behaviour*, Shannon: Irish University Press.

Stockwell, T. R., Hodgson, R. J. and Rankin, H. J. (1977) 'An experimental look at the use of alcohol for tension-reduction by alcoholics', paper presented at International Conference on Experimental and Behavioural Approaches to Alcoholism, Bergen, Norway.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. and Rankin, H. (1979) 'The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence', *British Journal of Addiction* 74: 79–87.

Strang, J. (1992) 'Discussion document for consultation group on concepts and definitions of harm reduction', 3rd International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Melbourne, Australia.

Strang, J. and Gurling, H. (1989) 'Computerized tomography and neuropsychological assessment in long-term high-dose heroin addicts', *British Journal of Addiction* 84: 1011–19

Sutherland, G., Edwards, G., Taylor, C., Phillips, G., Gossop, M. and Brady, R. (1986) 'The measurement of opiate dependence', *British Journal of Addiction* 81: 485–94.

Szasz, T. (1972) 'The ethics of addiction', *Harpers Magazine*, April.

Teasdale, J. D. (1972) 'The perceived effect of heroin on the interpersonal behaviour of heroin-dependent patients, and a comparison with stimulant-dependent patients', *International Journal of Addictions* 7: 533–48.

Vogel, V. H., Isbell, H. and Chapman, K. W. (1948) 'Present status of narcotic addiction', *Journal of the American Medical Association* 138: 1019–26.

Wikler, A. (1948) 'Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction', *American Journal of Psychiatry*, 105: 329-38.
Wille, R. (1978) 'Cessation of opiate dependence: processes involved in achieving abstinence', *British Journal of Addiction* 73: 381-4.
Wray, I. and Dickerson, M. (1981) 'Cessation of high frequency gambling and "with-drawal" symptoms', *British Journal of Addiction* 76: 401-5.

الفصل العشرون

علاج مشكلات الكحول والمخدرات

Drugs and alcohol problems Treatment

Michael Gossop ميخائيل جوسوب

الفصل العشرون

علاج مشكلات الكحول والمخدرات

ميخائيل جوسوب Michael Gossop

على الرغم من أن اضطراب الاعتماد دائمًا مايكون جزءاً مهمًا من مشكلات المخدرات والكحول ، التي تؤدى إلى إجراء فحص نفسى . إلا أنه من الضرورى أن نضع فى اعتبارنا المدى العريض من المشكلات والصعوبات التى يمكن أن تظهر نتيجة لاستخدام المخدرات والكحول . وفى ضوء عديد من الاعتبارات ، تبدو مفاهيمنا عن اضطرابات الاعتماد أقرب لأن تكون أفكاراً مبكرة عن المرض العقلى . فتعبيرات مثل " إدمان " يمكن أن تظهر للإشارة إلي اضطراب محدد ، إلا أنه من الافضل النظر اليها باعتبارها تشير إلى مجموعة غامضة وغير محددة من المشكلات . ونتيجة لذلك لايصبح هناك معنى لأن نسأل كيف نعالج الإدمان ، وإنما أن نسأل كيف نعالج المرض العقلى . إن المطلوب هو خصائص أكثر تحديداً لمواصفات الأبعاد أو العوامل المسئولة عن الإدمان . وقد أدى الفشل فى الاعتراف بذلك إلى جهود بغير طائلٍ لتحديد طريقة علاج مختارة " يمكن تطبيقها فى كل حالات (أو أغلبها على الأقل) الاعتماد على المخدرات والكحول . وخلال العشرين أو الثلاثين عاما الماضية ، استخدم كل نوع من أنواع التدخل العلاجى ، الذى يمكن تخيله فى هذا المجال ، وقد أدى ذلك لاكتشاف أن أغلب هذه الأساليب قدمت باعتبارها الكرة السحرية ، التي ستحل أخيراً مشكلة الاضطراب الإدمانى . وكما ذكرنا فى الفصل السابق ، فإن أساليب علاج المخدرات والكحول يتعين أن تفصل وتصمم طبقًا لاحتياجات الفرد . وهذه العبارة التى تبدو بسيطة ولا تثير خلافًا تتحول لتكون لها دلالات معقدة ويصعب الوصول إليها ، إذا طبقت بطريقة جادة فى الممارسة الأكلينيكية . والدلاله الأولى لها هى أنه لايوجد ولايمكن توقع أن يوجد ، علاج واحد منفرد لهذه المشكلات . وتتأثر كل من أسباب ونتائج الإدمان بمدى واسع من العوامل المختلفة ، ويندر للغاية أن يتضمن علاج مشكلات المخدرات والكحول إجراءات تختلف بأي قدر عن تلك الإجراءات المألوفة ، التى يستخدمها الأخصائي النفسى الأكلينيكى ، أو أى أخصائى اكلينيكى آخر ، بوصفها ناتجة عن تدريبه وخبرته مع أنماط المرضى الآخرين . ونادراً مايتطلب تعلم طرق علاج مرضى المخدرات والكحول اكتساب مهارات جديدة ، وغالبًا مايتضمن تعلم كيفية تطبيق المهارات المتوفرة على هذه المشكلات .

أهــداف العــلاج

تُقدم الأوصاف التقليدية لإجراءات التقييم لبرامج تعديل السلوك [1] ، كما ذكرها كانفر وفيليبس Kanfer and phillips (1970) خطوطًا عريضة ممتازة لأولئك العاملين فى مجال مشكلات المخدرات . فالمعلومات حول السلوك المستهدف تحقيقه مطلوبة ، وكذلك المحددات التدعيمية لاستمراره ، والإمكانات المتاحة فى بيئة المريض لاستمرارية استجابات أخرى مرغوبة ، وقدرة المريض على ملاحظة وتدعيم نفسه ،

(1) Behavior modification

هى من خصائص هذه الأساليب ، والتى تكون البيانات الخاصة بها عبارة عن عينة مباشرة للسلوك فى مواقف معينة ، وليس عينة غير مباشرة أو علامات تعميمية لاستعدادات شخصية .

ويتعين بالنسبة لكل أنواع مشكلات المخدرات التى تتطلب علاجًا ، أن يتم تفصيل التدخل المقدم وفقًا لاحتياجات الفرد المعين . ومن الجوهرى على سبيل المثال أن يشمل التقييم الشامل لكل حالة فردية تحديداً لطبيعة المشكلة ، والأهداف العلاجية الملائمة والقابلية لتحقيقها ، يضاف إلى ذلك ضرورة أن يتم تحديد العمليات العلاجية مبكراً بقدر الإمكان ، وتلك العوامل المعينة التى يبدو أنها تساعد أو تعوق تحقيق هدف أو أهداف العلاج .

وفيما يلى أمثلة لبعض أنواع الأهداف العلاجية :

١ - خفض المشكلات الأخرى الفسيولوچية والنفسية والاجتماعية ، ذات العلاقة غير مباشرة بمشكلة المخدرات .

٢ - خفض المشكلات النفسية والاجتماعية ، أو المشكلات الأخرى ذات العلاقة بمشكلة المخدرات .

٣ - خفض السلوك المؤذى أو المصادفات المرتبطة باستخدام المخدرات .

٤ - إحراز تقدم في قدرة المريض علي التحكم في الاستخدام غير الاعتمادى ، أو الاستخدام غير المنطوى على مشكلات فى إدمان المخدرات (*) .

٥ - إحراز امتناع إرادى عن مشكلة المخدرات .

٦ - إحراز امتناع إرادى عن كل انواع المخدرات .

وهذه الأمثلة الستة ليست جامعة مانعة بالطبع . فمن الممكن على سبيل المثال وضع أهداف علاجية أخرى مثل إحراز امتناع إرادى ، وتحسن فى الأداء النفسى الاجتماعى فى مجالات غير متعلقة بتعاطى المخدرات . على الرغم من ذلك فمن المفيد التمييز بين أساليب العلاج التى تهدف مباشرة إلى مشكلة المخدرات ، وتلك الأساليب ذات العلاقة غير المباشرة او العلاقة الفرضية بالمشكلة المستهدفة .

وإحدى القضايا التى أدت إلى جدل استمر ، لعدة سنوات كانت حول إمكانات الأهداف العلاجية وليس تحقيق امتناع إرادى . من ذلك تعليم الكحوليين على وجه الخصوص إعادة إحراز تحكم فى تعاطيهم. وكان أول تحد خطير لفكرة أن الهدف العلاجي الوحيد للكحوليين هو تحقيق الامتناع الكامل ماورد فى مقال لديڤز Davies 1962، الذى بين أن بعض الكحوليين يمكن أن يعودوا إلى الاستخدام العادى . وقد شجع نشر هذه النتائج قدراً كبيراً من النقد القاسى الذى جاء من جانب التقليديين . فيذكر فوكس Fox أنه : «من بين مرضاى الثلاثة آلاف لم يكن هناك واحد فى مقدوره تحقيق (تحكم فى شربه) ، على الرغم من أن أغلبهم تقريبًا حاولوا ذلك" (Fox, 1967)

وكان هناك قدر وافر من التأكيد لنتائج ديڤز الأصلية خلال السنوات الاخيرة : فمن الواضح بالنسبة لبعض الكحوليين أن الشرب بمقدار مقبول سيكون هدفًا واقعيًا للعلاج . وعلى الرغم من ذلك ، ظل هناك بعض الشك حول الدلالة الأكلينيكية العملية لذلك ، وقد عبر جلات Glatt على سبيل المثال عن شكه بالصيغة الآتية :

(*) يقصد أن يتوقف عن استخدام أدوات مشتركة مثلاً للحقن ؛ لخفض احتمالات الإيدز (المترجم) .

نظريا يبدو أنه لايوجد سبب – حتى إذا كان سببًا غير واضح – يمكن أن يفسر لماذا لا تستطيع الغالبية العظمى من الكحوليين عدم الاستمرار فى الشرب باعتدال ، وعلى الرغم من ذلك يلاحظ من خلال الممارسة أن نسبة قليلة للغاية من هؤلاء الكحوليين ، يمكن ان يأملوا بصورة واقعية أن يشربوا مقادير متوسطة ، تحت ظروف وضغوط الحياة اليومية ، وذلك لفترات أطول من الفترات القصيرة نسبيًا .(Glatt, 1983).

ويذكر باتيسون Pattison من ناحية أخرى أن تأكيد الامتناع الإرادى كمحك لنجاح العلاج غير مفيد :

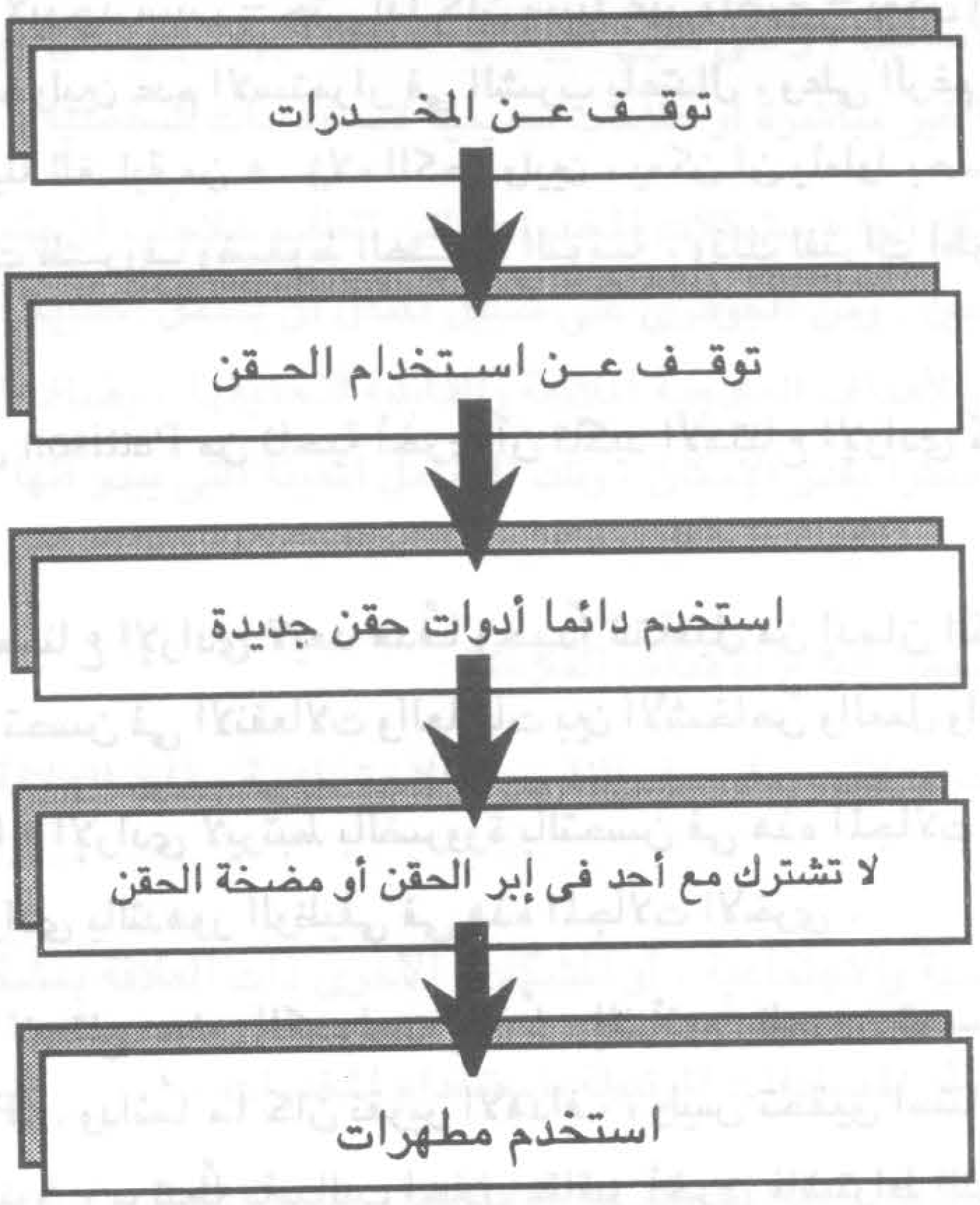
اولا : لأن الامتناع الإرادى لايعد هدفًا وحيدًا للتأهيل من إدمان الكحول . فبعض الأهداف الاخرى تتضمن تحقيق تحسن فى الانفعالات والعلاقات بين الأشخاص والعمل والصحة الجسمية .

ثانيا : الامتناع الإرادى لايرتبط بالضرورة بالتحسن فى هذه المجالات الاخرى للحياه الصحية ؛ فقد يرتبط الأمتناع الإرادى بالتدهور الوظيفى فى هذه المجالات الأخرى .

ثالثا : بينما لايمتنع بعض الكحوليين إراديًا ، إلا أنهم يظهرون تحسنًا عامًا فى كل مجالات الحياة (Pattison, 1967) . ودائمًا ما كان تقرير الأهداف ، وليس تحقيق امتناع إرادى فى مجال علاج الهيروين ومشتقات الأفيون ، مرتبطًا بأساليب إحلال عقاقير أخرى فاشتراط التزود بالمخدرات كان يعتمد بصفة عامة علي افتراض أن ذلك يمكن أن يؤدى إلى تحسن فى الجوانب الأخرى ، الاجتماعية والنفسية للمدمن . وقد جرى التأكد فى بعض الحالات أن النجاح فى برامج الاستمرارية يتعين قياسه بواسطة المفاهيم فقط ، كما أن جرعة المخدر المستخدمة يجب أن لاتكون محكًا لنتيجة العلاج (Newman, 1977) . وقد أُستُخلص هذا المنحى فى أمريكا ، من خلال برامج الاستمرار باستخدام الميثادون Methadone، والذى كان فعالاً فى كثير من الحالات ، على الرغم من أن قوة الأدلة التى تساند الاستمرار باستخدام الميثادون ، كان مبالغًا فى تقديرها (Gossoop, 1978). على الرغم من ذلك ، فهناك حجم مناسب من البيانات ، التى تدعم دعاوى أن بعض المدمنين سيظهرون تحسنًا فى مجالات أخرى فى حياتهم ، إذا ماتم تزويدهم بقدر يتم التحكم فيه من عقار الاستمرار ، وقد وجد جوسوب وزملاؤه (1982b) فى دراسة بريطانية أن بعض أصحاب أكثر حالات إدمان مشتقات الأفيون صعوبة بين المدمنين لفترات طويلة ، ممن يترددون على عيادات المخدرات ، أظهروا تحسنًا فى الأداء الاجتماعى ، بعد أن وصفت لهم جرعة متزايدة من مستخلصات الأفيون . ويتعين أن تفسر نتائج هذه الدراسة بحذر شديد ، إلا أنها تخدم على الأقل للتذكرة بأن هناك مؤشرات أخرى على نجاح العلاج غير مؤشر الامتناع . وقد ظل النظر إلى الامتناع الإرادى عن تعاطى المخدر على أنه الهدف النهائي فى علاج سوء استخدام المخدرات ، وأنه أكثر الأساليب المؤكدة لخفض الأضرار الناتجة عن الإصابة بفيروس الإيذر بين متعاطىّ المخدرات . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الاستبعاد الكامل للحقن بالمخدر ليس من بين الاهداف التى يمكن إحرازها ، كما أنه ليس من المنطقى توقع أن يكون أى تدخل علاجى فعالا بنسبة مائة فى المائة ، ومن الضرورى مواجهة دلالات حقيقة أن بعض متعاطىّ المخدرات سيظلون مسيئين لاستخدام المخدرات ، وأن البعض سيستمر فى استخدام الحقن . وعادة ما تتبنى برامج خفض الضرر(1) مدرجًا من الأهداف ، مثل ذلك المعروض فى شكل(١–٢٠).

---

(1) Harm reduction programs



شكل : (١-٢٠) : مدرج الأهداف العلاجية

وقد تركز الكثير من الجدل حول الامتناع الإرادى والمشكلات المتعلقة بالتطابق العلاجى [١] ؛ فمن المقبول بصفة عامة أن كل الكحوليين لن يكونوا قادرين على استعادة السيطرة على مقدار مايتعاطون ، وهناك بعض الأفكار حول أن أولئك القادرين منهم يمكن أن يمثلوا مجموعة أقلية نسبياً . ويذكر باتيسون Pattison (١٩٧٦) أن نسبة الكحوليين ، الذين يتمكنون من اكتساب أنماط شرب عادية (غير إدمانية) ، سواء بعد العلاج أو بعد تغير ظروفهم الأجتماعية ، قد تصل إلى مابين ١٠ - ١٥ فى المئة . ونتيجة لذلك يواصل عديد من الأخصائيين الأكلينيكيين النظر إلى الامتناع الإرادى على أن هدف علاجى عام على أساس أن محاولة التنبوء بأى الأفراد سيكونون ناجحين فى استعادة التحكم فى شربهم ، سيظل أقل ما يمكن تخمينه (Glatt, 1983) " وبقدر ما لايستطيع المرء معرفة مقدار الوقت المستغرق لإعادة تنشيط (الكحولية) لدى أى شخص مدمن .... فلن يستطيع المدمن المتعقل أن يمنع نفسه من التجربة أو المحاولة ، خلال طور الشفاء (Keller, 1972) . وقد أوضحت بعض الدراسات أن الشرب بمقادير معتدلة يحتمل بقدر أكبر أن يكون هدفاً ملائماً بالنسبة لمتوسطى الاعتمادية ، أكثر منه بالنسبة لشديدى الاعتمادية (Orford et al., 1976) . وقد تكون اتجاهات المرضى للتحكم فى شرابهم ، وأعمارهم ، وعملهم، ونمط علاجهم السابق من التعاطى، عوامل انتخابيه مهمة. (Heather and Robertson, 1981) ، إلا أنه فيما وراء مثل هذه الملاحظات ، يوجد القليل من الدلائل النظرية أو الأمبريقية القوية ، التى يمكن أن يرتكن إليها الأخصائيون الاكلينيكيون لإرشادهم لما يفعلون.

وتظل الحالة السيئة أكثر سوءاً طالما يظل الشخص معتمداً على المخدر. بينما توجد فى المقابل بعض الموشرات القليلة للغاية ، التى تساعد الأخصائى الأكلينيكى على مطابقة احتياجات الشخص المدمن

(1) Treatment matching

مع البرنامج العلاجي. ولسوء الحظ، فان إحدى نتائج ذلك هى أن القرارات الأكلينيكية غالبًا ما تتخذ على أسس شخصية وأحيانا بطريقة تحكمية (Gossop and Connell, 1983). نتيجه أخرى لذلك ، هى أن بعض الوكالات العلاجية تخشى من الصعوبات المثيرة للغضب ، عند محاولة مطابقة أهداف العلاج مع متطلبات الفرد. وبدلا من الحساسية الشديدة للفروق الفردية ، التى توجد بوضوح فى مجتمع متعاطى المخدرات، يوجد ميل دائم للتعامل مع كل المرضى بالأساليب نفسها، والإكراه على الأهداف العلاجية نفسها. وتروى أسطورة بروكراست Procrustes كيف كان هذا اللص يهاجم المسافرين ، ويقيدهم راقدين على سرير، فإذا كانوا أطول من السرير يقوم بتقطيع الأجزاء الزائدة من جسمهم ، حتى تتلاءم أطوالهم مع طول السرير، وإذا كانوا أقصر كثيرا يقوم بجذبهم من أطرافهم وشدهم حتى يصبح طول السرير والمسافر متطابقين. ويشبه علاج اضطرابات الإدمان السرير البروكراستى ، من حيث أن احتياجات المريض تقهر لكى تتوافق مع العلاج المقدم.

وقد قدم المعهد الطبى الامريكى تذكرة قيمة ، حتى لا تنسى هذه النقاط فى تقرير له حول علاج إدمان الكحول. على الرغم من أن هذه النقاط تنطبق بالقوه نفسها على علاج كل انواع مشكلات المخدرات، وسيكون من المفيد ، إذا قامت وكالات الإدمان بنقش هذه التذكرة على جدران حجرات الاستشارة فيها :

أي نوع من الافراد، لديهم أي نوع من مشكلات الـ..

اكثر ميلاً للاستجابه لأي نوع من العلاج، لتحقيق أي أنواع

من الأهداف، عندما يتلقون علاجهم على أيدى أى نوع من الممارسين

(US Institute of Medicine, 1990)

مناحى العلاج

مراحل التغيير

وجد بروشاسكا ودى كليمنت Prochaska and Diclemente (1982) أن المدخنين الذين يحاولون الإقلاع عن التدخين يذكرون فى تقاريرهم أنهم ينتقلون عبر عدد من مراحل التغيير ، وتذكر هذه المراحل للتغيير منذ ذلك الحين بالنسبة لكل اضطرابات الإدمان ، باعتبارها : مرحلة ، ما قبل الاعتزام (١)، والاعتزام (٢)، والفعل (٣)، والاستمراريه (٤). ومرحلة ما قبل الاعتزام هى مرحلة ، لا يكون لدى الناس فيها نية تغيير سلوكهم. والكثير من الأفراد فى هذه المرحله غير واعين ، أو غير واعين بدرجة كافية أن لديهم مشكلات ، على الرغم من أن الآخرين المحيطين بهم (الأسرة ، الأصدقاء والأطباء) واعين بها بشكل حاد. وعندما يتقدم شخص فى مرحله قبل الاعتزام للخدمة العلاجية ، فإن ذلك دائمًا ما يكون نتيجة لمعاناته من ضغوط الآخرين. أما الأعتزام فهو مرحلة يُظهر فيها الأفراد وعيا بمشكلتهم ، وهم يبدأون خلال هذه المرحلة فى التفكير فى عمل تغييرات ، غير أنهم لم يقوموا بالفعل بأى التزام جاد. وقد يتوقف الناس عند مرحلة الاعتزام لفترات طويلة .

---

(1) Precontemplation.
(2) Contemplation.
(3) Action.
(4) Maintenance.

والفعل هو المرحله التى يقوم فيها الناس بتعديل سلوكهم وخبراتهم أو بيئاتهم ، إذا تطلب الأمر ؛ بهدف التغلب على مشكلاتهم. والناس بما فى ذلك المهنيون دائمًا ما يقومون بالمساواة بين التغيير والفعل، وبذلك يغفلون العمل المهم الذى يُعد الأفراد للقيام بالفعل. ومرحلة الاستمرارية هى الوقت الذى يعمل فيه الناس على منع الانتكاس [1] . وتعزيز مكاسبهم التى حصلوا عليها خلال مرحلة الفعل، والاستمراريه فى حد ذاتها مرحله نشطة.

يترتب على ذلك إضافة مرحلة أخرى هى الانتكاس فى دورة التغير هذه (Prochaska and Diclemente, 1986) ، والأنتكاس مشكله متكرره الحدوث بالنسبه لأولئك الذين يحاولون التخلى عن السلوك الإدمانى، ويعود الكثير من المنتكسين إلى مرحله الاعتزام مره أخرى، وتكون لديهم نوايا جاده لترك المخدر خلال عام.

ودائمًا ما تقدم هذه المراحل للتغير فى صورة نموذج "الباب الدوار" [2]. ولا يتطلب التغير ضروة أن يكون هناك إلتزام بنظام متتابع خلال المراحل المختلفة. ويمكن أن يتوقف بعض أصحاب مشكلات السلوك الإدمانى عند إحدى المراحل.

وأحد التطبيقات المهمة لهذا النوع من النماذج ، هو أنه يوجه الانتباه إلى العلميات المختلفة للتغيير ، التى يمكن أن تكون مناسبة لمراحل التغيير المختلفة (Prochaska and Diclemente, 1983). ويمكن أن تخدم المطابقة بين العمليات ومراحل التغير بمثابه موجه مهم للمعالجين ، مثال ذلك أن المرضى فى مرحله ما قبل الاعتزام يمكن مساعدتهم على الاعتراف بمشكلاتهم ، وتطوير وعى بها بدلاً من توجيههم مباشرة نحو التغير السلوكى . بينما غالبا ما يكون المرضى فى مرحلة الاعتزام أكثر انفتاحًا على التدخل الذى يهدف تنميه الوعى (مثل قيامهم بإجراءات لمراقبة الذات ، أو استخدام أساليب تعلم)، وقد يقاومون تدخلات المعالج ذات التوجه المباشر نحو الفعل. ومن الارجح أن يحتاج المرضى ، خلال مرحلة الفعل إلى مساعدة عملية محدودة مع أساليب لتعديل السلوك ، بالاضافة إلى تشجيع ودعم. ومثلما يكون الإعداد مطلوبا للفعل، فهو مطلوب أيضا ، وبالأهمية نفسها ، فى مرحلة الأستمرار. وقد تلعب بعض الأساليب النوعية للوقاية من الانتكاس دورًا ذا قيمة ، ومن المثير للشغف أن المعالجين - وكذلك المرضى - يمكن أن يتوقفوا عند مرحلة مفضلة للتغير .

أساليب العلاج السلوكية الاجتماعية

أحد أكثر نماذج العلاج التى وصُفت خلال السنوات الاخيرة تأثيرًا ، هو نموذج الوقاية من الانتكاس [3] . (Marlatt and Gordon, 1985) ويرى مارلات Marlatt انه يتعين النظر إلى الوقايه من الانتكاس بإعتبارها برنامجًا للإدارة الذاتية [4] ، يعمم بهدف تعزيز مرحلة الاستمرارية لعملية تغيير العادات (Maralatt, 1985) ، وهدف الوقاية من الانتكاس هو تعليم الأفراد ، الذين يحاولون تغيير سلوك تعاطيهم للمخدرات، كيف يتوقعون الضغوط والمشكلات ، التى يمكن أن تؤدى إلى الانتكاس وكيف يتغلبون عليها . وتقدم الوقايه من الانتكاس باعتبارها أسلوبًا علاجيًا سلوكيًا- معرفيًا ، يقوم على مبادئ نظرية

(1) Relapse.
(2) "Revolving door" model.
(3) Relapse prevention model.
(4) Self-management program.

التعلم الاجتماعى. وأسس هذا النموذج هى الأفكار الخاصة بمواقف الخطر الشديد [1] ، واستراتيجيات التغلب عليها المتاحة للفرد.

وقامت ليتمان Litman وزملاؤها بدراسة حول مدمنى الكحول ، فى سلسلة من الدراسات ، تناولت فيها التفاعل بين أ – المواقف التى تدرك باعتبارها خطيرة على الفرد من حيث إنها قد تعجل بحدوث الانتكاس ب – رصيد الفرد من استراتيجيات التغلب المتاحة له للتعامل مع هذه المواقف. جـ – التأثيرات المدركة لهذه السلوكيات الخاصة بالتغلب د– ادراك الشخص لنفسه وتقديره لذاته ، ودرجة إحساسه المتعلم بفقدان الحيلة والعجز ، الذى ينظر من خلاله لموقفه (ملخصه فى : Litman, 1988) وقد قورن بين المنتكسين والناجين ، وكان الأفراد من ذوى الأنماط المتعددة للتغلب أكثر ميلا للنجاة ، كما كان عامل التحكم المعرفى هو أقوى مميز بين الناجين والمنتكسين ، وتقترح ليتمان من خلال هذه الأعمال إطاراً لعملها الادراكى للنجاة من إدمان الكحول. (Litman, 1980) ، والذى يتناول مراحل النجاة ، بدلا من النظر إليها على أنها ظاهرة واحدة ، إما أن تكون أو لاتكون. وينظر فى المراحل المبكرة للنجاة إلى كل من التجنب والتفكير الإيجابى باعتبارهما سلوكين فعالين للتعامل ، على الرغم من أنه سيكون هناك استخدام أكبر فى المرحلة المتأخرة للنجاة للتفكير الإيجابى وحده. وترى ليتمان أن هذا العمل يوفر دعماً اضافياً لبرامج العلاج ، المصممة على أسس فردية ، والتى تصمم وفقاً للمصادر الشخصية المتاحة ، ومدى استهداف كل فرد ، بدلا من استخدام الفئة التشخيصية العريضة التى تضمهم جميعاً (Litman, 1986).

وقد درست العوامل المتعلقة بالانتكاس لدى المدمنين السابقين للهيروين أيضاً (Gossop et al., 1987, 1989) ، وتم تتبع مجموعة ، تتكون من ثمانين مدمناً لمشتقات الأفيون ، ممن أتموا حديثاًعلاجهم داخل المستشفى من التسمم ، وذلك على امتداد الشهور الستة التالية مباشرة لخروجهم من المستشفى. وقد استخدمت نسبة مرتفعة ومزعجة منهم مشتقات الأفيون مرة أخرى ، خلال الفترة التالية مباشرة لترك العلاج. وقد استخدم ٨١ فى المئة منهم مشتقات الأفيون مرة واحدة على الأقل خلال الشهور الستة. وكانت الردة الأولى فى أغلب الاحوال تحدث بسرعة شديدة ، بعد الخروج من المستشفى ، وقد استخدم ١١ شخصاً منهم المخدر خلال الأربعة والعشرين ساعة الأولى . وكان المجموع الكلى للمرتدين ، خلال أسبوع ٣٢ مفحوصاً (٤٢ فى المئة) (Gossop, 1989). وقد استخلص المؤلفون من ذلك أن الفترة التالية مباشرة لترك العلاج يتعين أعتبارها الفتره الحرجة ، والتى تكون مجموعة العلاج خلالها فى أعلى درجة متطرفة من الخطر. وقد قدمت نتائج هذه التجربه أيضاً أساساً للتفاؤل ، عند النظر إلى فترات أبعد ، طالما أن عديداً من المفحوصين ، كانوا قادرين على تجنب انتكاس كامل للاستخدام الإدمانى لمشتقات الأفيون. وعلى مدى ستة أشهر أقلع ٤٥ فى المئه من أفراد العينة إراديا عن تعاطى أى مشتقات للأفيون (كما تأكد من خلال تحليل البول) وعاشوا فى المجتمع ، ومن بين العوامل الأحد عشرة المعجلة للانتكاس المتضمنة فى الدراسة ، كانت العوامل الثلاثة التى وجد أنها الأكثر علاقة بالردة هى الحالة المزاجية السلبية ، والعوامل المعرفية ، والمواقف الخارجية (Bradley et al., 1989) ، وقد أشار حوالى ثلثان من المرتدين إلى أن العوامل المعرفية ، وهى عادة بعض القرارات أو الخطط الصريحة للعودة لاستخدام مشتقات الأفيون، كانت متضمنة فى ردتهم الأولى. وأشار أكثر من نصفهم إلى أن بعض الحالات المزاجية (حزن، ملل، توتر أو قلق) سبقت ردتهم. وتحدث هذه العوامل المصاحبة أحياناً بوصفها معجلات انتكاس فردية ، إلا أنها غالباً ما تحدث إما فى شكل تجمع (عدد من عوامل الانتكاس المتزامنة) ، أو فى شكل تتابع (أحد العوامل أو أكثر يؤدى إلى الآخرين).

---

(1) High-risk situations.

الوقايه من الانتكاس

حدث تحول فى توجهات برامج العلاج على مدى العقدين الأخيرين ، وأصبح يمنح قدراً أكبر من الأهتمام إلى الانتكاس بوصفه عملية قائمة فى حد ذاتها ، وإلى طرق الوقاية منه. والفروض التفسيرية لهذه الأساليب العلاجية شديدة التباين. ويقدم دونوفان وشانى Donovan and Chaney (1985) ، فى مراجعتهما لأساليب الوقاية من الانتكاس فى مجال الكحول ، قائمة بالنماذج التى تتراوح بين العصبية والسلوكية. ووفقًا لما يشير اليه دونوفان وشانى ، فقد تغيرت شعبية النماذج على مدى الزمن ، وعكست المزاج السائد للتفكير فى الفترة التى كانت فيها.

وقد تحول الانتباه فى نموذج مارلات Marlatt بعيدا عن الانشغال المزعوم بازالة آثار التسمم، واتجه إلى الاهتمام بالاعتبارات التالية للعلاج . وقد ذكُر أن هناك تأكيداً خاطئًا على مشكلة ايقاف استخدام المخدر ، عندما يكون المطلوب تأكيداً أكبر على الصعوبات ، التى تواجه المريض فى مرحلة استمرار التغير ، بمجرد حدوث التوقف. وقد وجدت مارلات فى دراسة أجرتها على ٣١١ مريضاً مدمنًا لمجموعة من المخدرات ، أن المواقف المتضمنة للقدر الأكبر من الخطر ، يمكن تصنيفها إلى حالات انفعالية سلبية (مسئولة عن ٣٥ فى المئه من حالات الانتكاس)، وصراعات بين الأشخاص (مسئولة عن ١٦ فى المئة من حالات الانتكاس) (Marlatt and George, 1984). ويجب أن تكون الرغبة الشديدة والإلحاح قد حفُزا من خلال مؤشرات بيئية وداخلية ، وإحدى المهارات الأولى والمهمة التى يجب أن يُدرب عليها العميل هى أن ينمى لديه احساساً عميقًا بالوعى بالطريقة التى يمكن أن تسهم بها هذه المثيرات الداخلية والخارجية فى اتجاه تنمية مواقف الخطر المتزايد. ويجب تشجيع العملاء على الاحتفاظ بمفكرة يومية ، تتضمن تفاصيل استخدام العقار والمدى ، الذى يواجهون به احتمالات التعجيل بالانتكاس ، وملخصاً يتضمن استجاباتهم. ويقوم المعالج بالمساعدة على إجراء تحليل سلوكى لهذه المواقف ، ويتعلم العميل كيف يقوم بمثل هذه التحليلات السلوكية بنفسه، وتستخدم الأساليب النظامية لحل المشكلات ، إلى جانب القيام بالتجارب (البروفات) ولعب الأدوار. ويجب تحذير العميل من مخاطر الطرق ، التى يمكن ان تؤدى إليها الخطط غير المعلنة للانتكاس ، وإلى القرارات واضحه عدم التعلق (لسوء الحظ أطلق عليها فى ضوء التطورات التاليه الأختصار إيدز) ، وتؤدى مثل هذه القرارات بالعميل بمحض الصدفة الى أن يجد نفسه أو تجد نفسها تطرق باب مورد المخدرات. ويجب على العميل أن يتعلم كيف يوجه مبكرًا إشارات تحذيرية إلى هذه المواقف التى تتضمن إمكانات الانتكاس .

وفى هذه الظروف التى يبدأ فيها الناس معاناة الرغبة الشديدة ، عليهم أن يسمحوا لمشاعرهم أن تتحرر من كل ذلك على الفور من خلال تبنى أسلوب تشير إليه مارلات بصيغة أدبية إلى حد ما ، على أنه "تكسر لموج الإلحاح بعض على بعض" (١) وقد يساعد على ذلك استخدام أساليب الاسترخاء والتشتيت أو أى استراتيجيات تغلب أخرى . وفى الحالات التى يحدث فيها انهيار للتصميم ، ويؤخذ المخدر ، فعلى الشخص أن يتعلم عندئذ كيفية استعادة السيطرة ، واستعادة إدراك أن استخدام المخدر ، أو التوقف الإرادى عنه ليس سلوكًا للامتناع/عدم الامتناع الخارج عن السيطرة . ويجب أن تتضمن استراتيجيات التدخل ، التى يتعين التفكير فيها احتمالات تحول العلاقة الشرطية بين المنبه والاستجابة ، وتصحيح بعض الإعاقات الفيزيقيه أو النفسية ، أو القيام ببروفة انتكاس ؛ بهدف تنمية استراتيجيات تغلب بديلة ، ويمكن

(1) Urge surfies.

استكمال ذلك بواسطة التدريب على استراتيجيات عامة للتحكم الذاتى ، مثل : تعلم "إدمان ايجابى" (١) جديد، والتفكير فى استراتيجيات للتحكم فى المنبه وتجنبه.

وطالما أن مشكلات الإدمان متعلقة باضطرابات القلق الكامن ، فيتعين أن يتضمن العلاج تطبيقاً للأساليب الملائمة للتحكم فى القلق، وطالما سيكون إلغاء تشريط الالحاح الشديد مطلوباً ، فسيكون الأخصائى الأكلينيكى محكوماً باستخدام المبادئ ذاتها ، ومطبقاً للإجراءات الملائمة نفسها فى هذا المجال ، مثال ذلك عمل تسكين منظم (٢) لحالات الخواف. وعندما يكون مطلوباً اكتساب مهارات تغلب سلوكية جديدة ، فعلى المعالج أن يحاول إكساب هذه المهارات بالطريقه نفسها ، التى يستخدمها مع أى نوع آخر من المرضى.

تعزيز الفعالية الشخصية

قدمت أنيس Annis (1986) نموذجاً للوقاية من الانتكاس ، يقوم على أساليب التعليم الاجتماعى، وعلى نظرية الفعالية الشخصية (٣) على وجه الخصوص (Bandura, 1977; 1982 Wilson, 1978 a,b) .

وينبئ نموذج الفعالية الشخصية بأن العلاج الناجح يمارس تأثيره ، من خلال تعزيز التوقعات الذاتية الفعالة للعميل (والتى تعرف باعتبارها حكماً على أن الشخص لديه القدرة على القيام بنمط سلوكى معين Annis, 1986) ، وتؤثر التوقعات الفعالة فى النوايا وفى التعميمات، وفى استمرارية سلوك التغلب على المشكلات. وتحدد قوة التوقعات الفعالة طول الفترة ، التى يستمر خلالها سلوك التغلب تحت ظروف التوتر. وبالتالى .. فإن نموذج المرض والاعتماد على هدف الامتناع التام ينظر إليهما على أنهما إنتاجية مقابلة أو معادلة (٤) بقدر ما تقلل من فعالية التوقعات الذاتية للعميل ، يضاف إلى ذلك أن أى توقع ناتج يعتمد على "شرب العميل مرة واحدة أو ثمالته مرة واحدة" سيكون أكثر ميلاً لفلسفة إنجاز ذاتى، ونتيجة لهذا تكون واقعة الردة أكثر إخفاقاً ومأساوية . وتوصى أنيس بتعليم نظامى للتنظيم الذاتى وللمهارات الاجتماعية ، التى يتعين أن يتزود بها الكحولى ، الذى حقق الشفاء ليتغلب بها على الزلل. وتتنبأ نظرية الفعالية الذاتية بأن العلاج سيكون فعالاً بالقدر الذى يزيد به من توقعات العميل الذاتية حول كيفية قيامه بتحقيق الشفاء والاستمرار فيه. ويجرى تأكيد أهمية تعزيز قدرات التغلب لدى الكحوليين، ممن حققوا الشفاء فى مواجهة نوبات الشرب المتقطعة ، التى تحدث بعد فترات من الامتناع. وتستخدم أنيس استخباراتها الخاصة ؛ للحصول على المعلومات من الكحوليين (مثال ذلك استخبار الثقة الموقفية (٥) ، وبطارية مواقف تعاطى الكحول (٦) . انظر : Annis, 1986).

يلى ذلك تعرف أى المهام يمكن ترتيبها وفقاً للترتيب الذى يقدمه المريض المعين لفعاليته الشخصية ، وينظر هنا للعلاج باعتباره يتوسط مرحلتين : تتعلق الأولى بمبادرات التغير فى سلوك تعاطى الكحول، بينما تتعامل المرحلة الثانية مع تعزيز وتقوية هذا التقدم فى علاقته بخبرات التمكن والسيطرة لدى الشخص. وتتنبأ أنيس بأن المدى الذى سيصل اليه التقدم فى المرحلة الثانية سيتأثر بالعوامل الأربعة التى حددها بندورا Bandura (1977) والتى تتضمن ١- مواقف الخطر الشديد المدركة . ٢- تحقيق النجاح

(1) Positive addiction.
(2) Systematic desensitisation.
(3) Self-efficacy.
(4) Counter productive.
(5) Situational confidence questionnaire.
(6) Inventory of drinking situations.

من خلال قدر متوسط من الجهد. ٣- إعزاء أولى داخلى للنجاح. ٤- أن يكون النجاح جزءاً من تحسن عام أكبر.

التدريب على التحكم الذاتى [١]

هناك منحى علاجى سلوكى اجتماعى آخر يستحق الاشارة إليه، وهو الذى طوره ميلر Miller وزملاؤه (Miller, 1977, 1978) ، والذى يتضمن المكونات الآتية (لعلاج الاعتماد على الكحول).

١ – تحديد الهدف – تحديد القدر النوعى المناسب من الشرب.

٢ – مراقبه الذات فيما يتعلق باستهلاك الكحول، وحيث تم الاعتراف بتزايد مراقبة الذات ، بوصفه مكونًا مهمًا فى علاج السلوك الإدمانى. وهو لا يوفر فقط بيانات تقييميه مهمة ، بل يمكن أن يؤدى أيضا إلى تأثير علاجى أو تفاعلى. وقد لوحظ ذلك فى علاج مشكلات الكحول، والنهم [٢]، والتدخين (أنظر على سبيل المثال: Sobell and Sobell, 1973) .

٣ – التدريب على التحكم فى معدل التعاطى، ويصمم لتغيير نمط تعاطى الشخص للكحول.

٤ – التدريب على التعزيز الذاتى لتشجيع التقدم فى العلاج.

٥ – إجراء تحليل وظيفى لسلوك التعاطى ، يصمم لتعليم الشخص الظروف المتعلقة برغبته واستخدامه للكحول، مع تدريب على إجراءات التحكم فى المنبهات (ومن الواضح أن هناك مجالاً من المؤشرات ، التى تزيد من الرغبة فى تعاطى الكحول (أو المخدرات) بعد فترة من الامتناع . وتختلف هذه المؤشرات من شخص لآخر، ولكنها قد تتضمن حالات مزاجية غيرمريحة مثل القلق أو الاكتئاب ، المواقف الاجتماعية مثل الحفلات ووجود أشخاص آخرين يشربون، أو أعراض الانسحاب .. الخ). وقد ناقش هودجسون Hodgson (1982) التشابه بين الأضطرابات القهريه والإدمان ، والذى يصل إلى المدى الذى يستطيع فيه كل من المدمن والمعالج تحديد وفهم المؤشرات المرتبطة بالزيادة فى الرغبة والشعور القهرى. ويمكن اتخاذ إجراءات لتعديل قوة هذه المؤشرات ، أو تجنب التعرض لها.

٦– التدريب على مهارات بديله لتعليم استخدام مهارات للتغلب بدلاً من الشرب ،مثال ذلك أنه مع زياده استهلاك الكحول استجابة لضغوط العمل أو الأسرة. فان هذا التدريب قد يتضمن تعليم مهارات جديدة أو تقوية المهارات الموجودة ، التى تستجيب مباشرة لمثل هذه الضغوط ، والتى تساعد على الإقلال من حدوث المشكلات أثناء العمل أو فى مجال الأسرة.

ويختلف التدريب على التحكم السلوكى الذاتى [٣]، عن بعض أساليب العلاج الأخرى من حيث توجهه التعليمى الصريح، وقامت دراسات متعددة بفحص فعاليته فى علاج الكحوليين ، وقام أغلبها بمقارنته بأساليب علاج أخرى. وتبين أن كل منها يؤدى إلى قدر ملائم وجوهرى من التحسن. وقد قارن ميلر Miler (1978) على سبيل المثال بينه وبين نوعين آخرين من العلاج : العلاج بالتنفير الكهربائى [٤]، وحزمة علاجية أخرى متعددة النماذج . وقد أدت الأساليب الثلاثة إلى معدلات تحسن جوهرية على مدى عام من المتابعة. وتذكر الدراسات التقييمية للتدريب على التحكم السلوكى الذاتى معدلات تحسن مرتفعة

(1) Self-control training.
(2) Overeating.
(3) Behavioral self-control.
(4) Electrical aversion therapy.

بصفة عامة (من ٦٠ إلى ٨٠ فى المائه) (مثال ذلك Gaddy and Lovibond, 1976). وإذا حدث أن دعمت دراسات تالية هذه المعدلات ، فسيتحول الأمر لأن يصبح هذا الأسلوب هو أكثر الأختيارات العلاجية فائدة. وعلى الرغم من أن أغلب الدراسات البحثية أجريت على كحوليين، إلا أنه لا يوجد سبب يمنع من أستخدام التدريب على التحكم الذاتى السلوكى . وتعديله ؛ لكى يستخدم مع مدمنى المخدرات.

المقابلات الشخصية الدافعية، والبيئة الواقعية العلاجية

لتعبير الدافعية" [(١)] ، تاريخ ملتبس بقدر ما ، وذلك فى صلته بأساليب علاج السلوك الإدمانى. ويشير اينشتين وجاريتانو Einstein and Garitano إلى دوريه [(٢)] ، الطريقة التى كثيراً ما يساء من خلالها استخدام هذا التعبير :

> ***المنحنى العام هو أنه اذا تحسن المريض الذى يسئ استخدام المخدرات - يترجم ذلك على أنه تخلى مختاراً عن المخدرات - وهو ما يعنى أنه كان مريضاً جيداً وذا دافعية ، وأنه كان قادراً على الإفادة من خبرتنا ومهارتنا المهنية ، فقد قمنا بشفائه . اما اذا ظل المريض يستخدم المخدرات ، فيعد هذا دليلاً واضحاً على انه يفتقد الدافعية ، وأنه لايخوض مخاطرة العلاج ولا يستفيد من مهارتنا. (Einstein and Garitano, 1972 : 235)***

وقد أدى هذا الدور الذى كان عاملاً رئيسيًا فى عدم الرضا بمفهوم الدافعية إلى اقتراح بإهمال المفهوم لعدم فائدته. وعلى الرغم من ذلك فقد لا يكون من الضرورى رفض المصطلح كلية ، فقد تبين أنه عندما تكون الدافعية معرفة إجرائيا (بمفاهيم قوة رغبة المدمن فى أن يعالج داخل المستشفى على سبيل المثال) ، فإنها تصبح أحد المحددات الرئيسية لطول الفترة ، التى يظل فيها المدمنون فى برنامج علاج داخل المستشفى (Gossop, 1978) ، وبالتالى يمكن إنقاذ المفهوم من هذا الدور ، وإيضاح أنه يتعلق بالاستجابة العلاجية . وعلى الرغم من ذلك فيظل فى جوهره مفهوماً مُشكلاً ، بالأخص عند استخدامه ، دون تعريف واضح. ومن السهل ملاحظة الدافعية على أنها غيرمتغيرة أو على أنها عامل داخلى تماماً، على الرغم من أن المدى الذى تتغير به الاستجابة للعوامل الخارجية الاجتماعية والبيئيه يتطلب إيضاحات أخرى.

وقد ظهر المصطلح مرة أخرى فى الأعوام الاخيرة ، فى صلته بشكل من أشكال العلاج ، عرف باسم "المقابله الدافعية" [(٣)] والتى تبين أنها أداة مفيدة فى مراحل متعددة للعلاج ، غير أنها مفيدة على وجه الخصوص فى مساعدة أولئك ، الذين يكونون فى مراحل التغير المبكرة (مثل الذين اعتزموا التغير). ويصف ميلر Miller فى فحصه الأولى للمقابلة الدافعية تطبيقاتها مع متعاطى الكحول المشكلين (Miller, 1983). وهنا تصاغ الدافعية مفهومياً بوصفها عملية شخصية داخلية. وينظر إلى سلوك المعالج على أن له تأثيراً جوهرياً على سلوك العميل وإعزاءاته التاليه. ويقدم ميلر وجهات نظر بديلة لميكانيزمات مثل الإنكار [(٤)] ، والذى لا يعتبره ببساطه شيئًا متأصلاً لدى الكحولى ، بل على إنه نتاج للطريقة ، التى أختار المعالج أن يتفاعل بها مع المتعاطى المشكل. ويكون هدف العلاج زياده مستوى التنافر المعرفى [(٥)] ، حتى

---

(1) Morivation.
(2) Circularity .
(3) Motivational Interviewing.
(4) Denial.
(5) Cognitive dissonance.

يتحقق قدر مكثف من الدافعية الى نقطة حرجة والتى يجد العميل أنه يتعين عليه عندها التفكير فى بدائل التغير. ويستخدم ميلر نموذج عمليات التغير(Prochaska and Diclemente, 1983, 1986) فى مناقشته وتفسيره لنموذجه ، الذى يهدف إلى إبراز حركة فى مرحلة ما قبل الاعتزام ، ومرحلة الاعتزام للتصميم والفعل.

ويؤكد ميلر من خلال سلسلة خطواته الستة لتطبيق المقابلة الدافعية على أهمية أن يبادر المعالج بتبنى موقف عاطفى خاص ، مستخدماً أساليب كارل روجرز Carl Rogers الإجرائيه ، وعلى الرغم من ذلك فقد عدلت هذه الإجراءات منذ فترة قريبة ، لتكون انتخابية بشكل دقيق ؛ لتنعكس فى صورة تقديم عبارات تعزيزية للانشغال وتثير تعبيرات الدافعية الذاتية لدى المريض. ومن هنا يقوم العملاء بأنفسهم بتصميم بطارياتهم الخاصه بالمشكلات المتعلقة بتعاطى الكحول ؛ لتعبر عن انشغالاتهم الشخصية ، ولتحديد التغيرات الممكنة التى يمكن أن يفكروا فيها.

ويصبح دور المعالج هو تشجيع انخراط العميل النشط فى تحديده للمشكلات وتحليل تكلفه الفائده المحققة [١]، للاختيارات المختلفة المتاحه، والتى وصفها جانيس ومان Janis and Mann (1977) ، ويتجه هذا المنحنى لتعزيز أهمية المسئولية الشخصية ، والإعزاء الداخلى للاختيار والتحكم ، ويجب على المعالج أن يساعد العميل فى تجنب حدوث انقطاع فى العلاج ، ناتج عن تقدير ضعيف للذات، أو فاعلية ضعيفة أو إنكار، وكذلك من مخاطر استخدام تعبير كحولى ، ومن التفكير الثنائى (بمعنى كحولى مقابل غير كحولى).

وإحدى الخصائص المثيرة للشغف هى الطريقة ، التى يستخدم بها الإنصات التأملى [٢]، لروجرز بطريقة انتخابية. فيجب أن يكون المعالج واعياً إلى أنه ليس مجرد متأمل، بل إنه يقود العميل ويوجهه بدقة شديدة نحو التغير. وأحد الأهداف الرئيسية خلف التعاطف الروجرى [٣]، هو تحقيق مشاركة نشطة من العميل ، والنمط العلاجى ليس تأملياً حقيقة ؛ إذ يترتب على تعليقات العميل استجابة مرتدة [٤]، فى صورة معدلة ومختارة بهدف زيادة التنافر المعرفى. ويجب أن تكون هذه الاستجابات المختارة بمثابة عملية سرية، ويتعين أن يجعلها المعالج تحتوى على تعبيرات العميل عن شكوكه ؛ بهدف المحافظة على مصداقية الإجراءات ، كما يجب استخدام تعبيرات العميل الخاصة بقدر الإمكان، وكما يقول ميلر على المرشد ألا يضع كلمات على لسان العميل ؛ لأنه سيتبين بسهوله أنها ليست له. وهناك انشغال حقيقى أن هذه الصلة العلاجية الخاصة لن تكون مثمرة ، بل قد يكون لها تأثير عكسى ، حيث يدرك الفرد أنه مكره ، ويصبح الاحتمال الأكبر عندئذ أن يقوم بمجموعة أفعال عكسية تماماً.

ويولد الإعزاء الداخلى لهذه الاستجابة المرتدة المقولبة تنافراً معرفياً، يتجه مباشرة الى الوجهة الملائمة . وعلى المعالج ألا يناقش الأختيارات العلاجية او البدائل إلى أن يتم بلوغ هذا القدر من الدافعية. وحتى ذلك الحين يتعين أن لا تتضمن الاختيارات التدخلية البديلة ، أى تدخل من نوع خاص أو أساليب تغير موجهة ذاتياً ، بالإضافة إلى العلاجات التقليدية. وعلى المعالج أن يقوم بمساعدة العميل على تحديد الأهداف الملائمه، ووضع الإستراتيجيات لتحقيق هذه التغيرات.

---

(1) Cost-benefit analysis.
(2) Reflective listening.
(3) Rogerian stance.
(4) Feedback.

وقد استخدم ڤان بيلسن وزملاؤه Van Bilsen فى فترة أحدث منحىً مشابهًا مع مدمنى الهيروين (Van Bilsen and Van Emst, 1986; Van Bilsen, 1988) ، وقد وصفوا بيئتهم الدافعية العلاجية (١) ؛ باعتبارها منحىً إنسانيًا ، يتعين عـدم النظر إليه بوصفه عمليات اقنـاعية (مثال ذلك إقناع العميل أن يقوم بعمل شيء يتعلق باستخدامه للمخدرات) ولكن يجب اعتـباره إشـرافًا على عملية اتخاذ قرار (٢)، والتى يقوم العميل فيها باتخاذ هذا القرار ، وهم يصفون طريقة شديدة الشبه بطريقة ميلر (ومن المؤكد أنهم يحظون أيضاً بقدر مناسب من الفضل) ، وهم يلخصـون مناحـهم باعتباره يتوسط ثلاث مراحل، مرحلة استثاره لايتم خلالها تبنى أى نمط تقييمى ، وذلك بهدف الحصول على المعلومات حول اتجاهات المفحوص وانماط سلوكه. ومرحلة المعلومات التى تتضمن استجابات مرتدة من المعالج ، ومرحلة التفاوض التى يقوم خلالها المعالج والعميل بمناقشة التغيرات الممكنة ،التى قد يرغب العميل فى تنفيذها . وعلى الرغم من ذلك فـإن وصف ڤـان بيلسن Van Bilsen لعمل البيئة الدافعية العلاجية ، يبدو قريبًا من الطريقة التقليدية ، وحيث يقوم المعالج بمساعدة المريض على اتخاذ القرار (مثال ذلك : Janis and Mann, 1977). كما تفتقد طريقه ميلر الأخاذه للتضمين العمدى المناور للغة المريض الخاصة ، فى الاستجابات المرتدة من المعالج ، والتى تهدف لتوليد تنافر معرفى. وربما يمكن النظر إلى منحى ڤان بيلسن على أنه أكثر أمانة(٣)، غير أن ثمن هذه الأمانة يمكن أن يكون علاجًا مخففًا ، توضع فيه كل المسئوليات على عاتق العميل . وقد يشعر المعالج بقدر أكبر من الراحة مع مثل هذه الطريقة ، غير أن الأسلوب الأكثر ميكاڤيلية لميلر ، قد يكون هو على الأرجح الذى يؤدى إلى التغير ، على الرغم مما يتطلبه من ضلوع المعالج بقدر أكبر وأكثر نشاطًا ، فى تحديد وتخطيط التغير السلوكى.

أساليب العلاج التشريطية .

جرت عده محـاولات لتطبيق مبادئ التشريط (٤) على أسـاليب العـلاج السلوكية لأضطرابات الاعتماد وهى تتضمن منحيين أساسيين لتغيير الخصائص المستنبطة للمنبهات المتعلقة بالمخدرات ، هما:

١- محـاولات لخفض قوة المنبهات التشريطيه المتعلقة بالمخدر من خلال الإطفاء التقليدى (٥) (العرض المتكرر للمنبه الشرطى ، دون أن يتبعه تعاطى المخدر). والذى يشار إليه عادة على أنه تعرض للهاديات(٦).

٢- القيام بتشريط عكسى لاستجابات أخرى للمنبه الشرطى نفسه المتعلق بالمخدر.

وقد جذبت أساليب التعرض للهاديات قدرًا كبيرًا من الانتباه فى السنوات الأخيرة ، ومن الممكن تعقب أصول مثل هذه الأساليب حتى الدراسات المبكرة للغاية لباڤلوف ، والتى أظهرت أن الحيوانات يمكن أن تكتسب استجابات للمنبهات الموقفية ، التى سبق أن ارتبطت مع التأثير الاول للمخدر. وقد اعترف ويكلر Wikler (1948) بالدلالة الأكلينيكية لذلك ، من خلال ملاحظة من أن التعاطى الذاتى للهيروين (أو أى مستخلص أفيونى) يقوم به متعاطى المخدرات ، يرتبط بطريقة فريدة ومتكرره بعديد من المتغيرات البيئية ، مثل : رؤية المخدر نفسه، ورائحته، والطقوس التى يجرى فيها التعاطى، وأقران التعاطى، والمكان

---

(1) Motivational milieu therapy (MMT).
(2) Decision making.
(3) Honest.
(4) Conditioning principles.
(5) Extinction.
(6) Cue exposure.

المعين الذى يتم فيه التعاطى. ويكتسب كل ذلك خصائص المنبهات التمييزية فى التشريط الاجرائى [١]، كما تميل المتغيرات نفسها للمزاوجة مع تأثيرات الامتناع الإرادى ، ويتم تشريطها بالطريقة التقليدية لهذه المنبهات البيئية (Wikler, 1980) . ويتعزز كل من سلوك السعى للمخدر وتعاطيه بقوة الآف المرات على مدى التاريخ الإدمانى للشخص ، وكان لإجراءات مشابهه دور مهم فى علاج المخاوف وسلوك الوسواس القهرى، وكثيًرا ماأشير إليها على إنها إغراق [٢] ، وتعرض [٣] ، ونمذجة بالمشاركة [٤] ، ومنع الاستجابة [٥]، (Hodgson, 1982). وتعتمد مثل هذه الأشكال العلاجية على فكرة أن الإلحاح القوى للقيام بفعل قهرى ، سيتبدد إذا تمت مقاومة هذا الإلحاح. وعندما يطبق هذا الأسلوب على إدمان الكحول ، يتعين تصميم برنامج ، يقوم فيه المعالج بتحديد تلك الاحداث التى تعمل بوصفها هاديات للتعاطى (وقد تكون هذه الهاديات شعور داخليًا مثل القلق أو الأكتئاب أو مواقف خارجية مثل بارات أو حانات معينه) ثم يعّرض الكحولى بعدئذ ، وبطريقة نظامية لهذه الهاديات ويُساعد على تجنب التعاطى أستجابة لها (Hodgson, ibid) ، ويفترض أيضًا أن عمليات التشريط تلعب دورا مهمًا فى تأسيس الهاديات. وقد أوضح فحص دور التشريط التقليدى فى مجال خبرات تأثير المخدرات والاعتماد المترتب عليها ، نتائج متضاربة. فمن ناحية قد يحدث تشريط لنشوة [٦] التعاطى ، فى وجود الهاديات ذات العلاقة بالمخدر (O'Brien et al., 1974) وعلى الرغم من ذلك توجد دلائل مقنعة على أن زمله الامتناع الإرادى يمكن تشريطها استجابة لمنبهات بيئيه سواء لدى الحيوانات أو لدى الإنسان (Wikler et al., 1953, Wikler, 1965) وقد أظهرت دراسات تالية دور كل من التأثير التشريطى وغير التشريطى للمخدر بوصفه مدعمًا أو معززًا [٧] (Stewart et al., 1984) وبالقدر نفسه تبين أن كل من التأثيرات التشريطية المتنافسة، والانسحاب التشريطى [٨] ينطفئ نتيجة للعرض المتكرر للمنبهات التشريطية فى غيبة المنبه الأصلى (غير التشريطى) .(Siegel, 1983) ، ويعّرض المريض فى الموقف الأكلينيكى لهاديات (تحدد خلال التقييم، ويمكن أن تتضمن هاديات ذات علاقة بالمخدر ، مثل رؤية أدوات الحقن ، وهاديات اجتماعية ، مثل : مقابلة متعاطىّ مخدرات آخرين ، أو هاديات داخلية مثل القلق أو الضجر) والتى عادة ما تثير إلحاحًا لتعاطى الكحول أو المخدر. وخلال جلسة التعرض هذه ، قد يوضع المريض تحت الإشراف، وقد يكون فى بيئة محمية بحيث لا يصله الكحول أو المخدر ، أو ربما يعطى قبل التعرض (فى حاله الكحول) عقارًا منفرًا مثل الدسيولفيرام Disulfiram. والهدف من وراء ذلك هو كسر العلاقة بين المنبه والاستجابة التى تربط بين الكحول نفسه ، وبين منبهات شرطية مختلفة ، وذلك بتعريض المريض الى المنبهات خلال الجلسات ، عندما لا تكون مرتبطة باستجابة التعاطى. وقد استخدم هذا الأسلوب لتحقيق امتناع كامل ، ولكنه استخدمأيضا كجزء من برامج ، تهدف التحكم فى تعاطى الكحول (Heatheran and Robertson, 1986) وقد استخدم اوبراين O'Brien وزملاؤه هذا المنحى النظرى ذاته مع متعاطى مشتقات الأفيون من خلال تعريضهم لهاديات متعلقة بالمخدر ، مثل إبر الحقن ومضخاتها (السرنجة) وحتى للمخدرات ذاتها (Childress et al., 1984, 1988) والمدمنون عُرضه دائمًا لمواجهه منبهات عديدة ، شرطت لجوانب مختلفة

(1) Operant conditioning.
(2) Flooding.
(3) Exposure.
(4) Participant modeling.
(5) Response prevention.
(6) Euphoria.
(7) Reinforcer.
(8) Conditioned withdrawal.

من سلوك تعاطيهم المخدرات، وذلك خلال حياتهم اليومية. وتولد هذه المنبهات الشرطية استجابات شرطية يحتمل أن تؤدى بدورها إلى السعى إلى المخدر وتعاطيه (Powell et al., 1990) ، ويمكن للمتعاطى أن يعانى من مثل هذه التأثيرات بوصفها "رغبة ملحة" (١). وقد وجه النقد الى هذا التعبير باعتباره غير مُعرف بطريقه جيده. وعلى الرغم من ذلك يبدو أنه مفهوم مفيد بالنسبة للمدمنين ، الذى يبدو أنهم يفهمون ما يعنيه، وحيث يذكرون دائماً أنهم يعانونها قبل استخدام المخدر ، وخلال فترة الشفاء ، كما كانوا قادرين على تقدير قوته فى الدراسات الأكلينيكية (O'Brien and Childress, 1991) ، وقد استخدم العلاج بالتعرض للهاديات دائماً ، باعتبارة وسيلة لخفض الرغبة الملحة .

وقد استخدم هودجسون ورانكن Hodgson and Rankin (1976) فى علاجهم لمدمن كحول فى الثالثة والأربعين من عمره إجراءات تسكين مثيرة للإهتمام فى الموقف الحى (٢) ، تضمنت اعطاء المفحوص كمية يومية من الفودكا ، يتعاطاها تحت ظروف شديدة الضبط، وقد ذكرا حدوث انخفاض منظم فى الرغبه الملحه، كما وجدا تحسنا جوهريا فى نهاية ستة اشهر. وقام أوبراين O'Brien وزملاؤه فى فيلادلفيا بسلسلة من تجارب التعرض للهاديات مع أنواع مختلفة من مشكلات المخدرات. وطبق شيلدرز وزملاؤه (Childress et al. (1984, 1988 فى بحوثهم على استخدام الميثادون Methadone لمواصلة توقف مدمنى مشتقات الأفيون عن إدمانهم طريقه للاعتياد (٣) على الرغبة الذاتية الملحة . وقد شُجع المستوى الأكلينيكى الذى خفضه المدمنون ممن تلقوا علاجًا بالتعرض للهاديات ، خلال فترة المتابعة . كما استخدمت طرق أخرى مع أشخاص معتمدين على الكوكائين . وقد أوضح تشايلدرز وزملاؤه (1988) وجود استجابات جوهرية للهاديات ذات العلاقة بالكوكائيين بعد ثمانيه وعشرين يوما من العلاج باستخدام التعرض للهاديات. وعلى الرغم من ذلك، فإن الاستخدام الأكلينيكى للتعرض للهاديات لم يرسخ تماماً. وقد وُجد أن التعرض للهاديات لايؤدى الى تحسن جوهرى عند مقارنته بطرق العلاج المعيارية فى دراسة أكلينيكية حديثة لأساليب العلاج ، باستخدام التعرض للهاديات مع مدمنى مشتقات الأفيون ، وذلك فى مستشفى المودزلى Moudsley فى لندن (بيانات غير منشورة).

واعتمدت أساليب علاجية سلوكية أخرى لمشكلات المخدرات على مبادئ التشريط العكسى (٤)، على الرغم من أن مثل هذه الأساليب أقل استخداماً الآن مما كانت عليه فى وقت سابق. ودائماً ما تتضمن مثل هذه الأساليب طرقًا ، تهدف للمزاوجة بين تتابعات غير توافقيه أو تنفيرية وبين منبهات معينه متعلقه باستخدام الكحول أو المخدرات. وقد حاولت بعض الدراسات المبكرة فى التشريط العكسى، على سبيل المثال، ترسيخ منفر شرطى للكحول ، أو لأى مخدر يكون الشخص قد أدمنه . وقد استخدمت كل أشكال العلاج بالتنفير الكيميائية والكهربائية لعلاج مدمنى الكحول فى فترة مبكرة تعود الى الثلاثينيات. وقد استخدم فوجتلين Voegtlin (1940) ماده كيميائيه مثيرة للقىء فى علاج الكحوليين وذكر معدلات امتناع تصل لأكثر من ٦٠ فى المئه بعد عام واحد. وقد ذكر وينس وزملاؤه (Wiens et al. (1976 فى فترة احدث معدلات تصل الى ٦٣ فى المئه، وعلى الرغم من ذلك جاءت دراسة والرشتين Wallerstien (1956) بنتيجة مناقضة ؛ حيث تحقق فيها معدل نجاح يبلغ ٤ فى المئه فقط بين الكحوليين ، الذين عولجوا بعلاج كيميائى تنفيرى.

---

(1) Craving. خرمان
(2) Invivo.
(3) Habituation.
(4) Counter-conditioning.

وكانت التباينات بين معدلات النتائج الخاصة بالاجراءات التنفيرية الكهربائية أكبر من ذلك، فلم يجد ميلر (١٩٧٨) على سبيل المثال آية فروق بين فعاليه برامج العلاج السلوكى ، سواء باستخدام مكونات كهربائيه تنفيريه أو دون استخدامها. ومن ناحيه أخرى ذكر ڤوجلر وزملاؤه Vogler et al. (1975) انخفاضاً قدره ٨٠ فى المئه فى استهلاك الكحول بين الكحوليين فى برنامج متعدد النماذج لمن تلقوا تنفيرا كهربائياً مقارنة بـ ٤١ فى المئه لمن لم يتلقوا علاجاً تنفيرياً. وهناك الكثير من الدراسات الصغيره للحالة، استخدمت التنفير الكهربائى لمدمنى مشتقات الأفيون (مثال ذلك : Teasdale, 1973). وقد قدمت هذه الدراسات تأكيدات قليله لقيمتها فى علاج إدمان المخدرات ، على العكس من نتائجها فى إدمان الكحول ،على الرغم من انها حتى مع الكحوليين، كما يعلق هودجسون Hodgson (1972)، يوجد قدر جوهرى من الشك فى فعالية العلاج بالتنفير.

زيادة الحساسية التخيلية [(١)] نوعاً من العلاج التنفيرى ، يستخدم مناظر متخيلة كأحداث منفرة، وقد استخدم هو الآخر فى العلاج، وقد عبر كالنر وروس Callner and Ross (1980) عن التفاؤل بقيمته واصفين له ، باعتباره يتميز "بالقابلية للتطبيق" على اضطرابات الاعتماد ، على الرغم مما يبدو من أن هناك دعماً تجريبيا محدوداً لدعواهما. وقد قارن هيدبرج وكيمبل Hedberg and Campbell (1974) بين زيادة الحساسية التخيلية وأساليب العلاج الأخرى فى تجربه ، أجرياها على مرضى كحوليين، وقد وجدا أن التنفير الكهربائى كان اقل أساليب العلاج فعالية ، بينما أدت زيادة الحساسية الداخلية إلى أقل معدلات التحسن ، مقارنة بأسلوبهم فى التسكين المنظم [(٢)] أو العلاج السلوكى العائلى.

أساليب العلاج الجماعية

من بين كل أساليب العلاج المستخدمه فى علم الطب النفسى [(٣)] ، يعد العلاج الجماعى أكثرها شيوعاً، وأكثرها عدم تحديد فى الوقت نفسه. وتعمل الجماعات المختلفه وفقًا لمبادئ تحليل نفسى صادق، مثل مجموعات السيكودراما [(٤)]، وجماعات حل المشكلات [(٥)]، وجماعات الخبرة [(٦)]، وجماعات المساندة [(٧)]، وفى بعض الحالات دون أى خطوط هادية [(٨)] واضحة على الإطلاق ، ولا يثير أن تكون المجموعات أحد أكثر الأختيارات العلاجية صعوبة فى التقييم، وعلى الرغم من قبولها على نطاق واسع، فإن أكثر الادعاءات لصالحها لاتقدم أكثر من انطباعات ذاتية للمؤلفين. ومعدلات التحسن (والتى تحدد وفق طرق مختلفة) أدعى انها تتراوح بين صفر فى المئة و ٨٢ فى المئة.

والكحوليين المجهلى الأسماء [(٩)] وأبناء عمومتهم المعروفين بدرجة أقل، ومدمنى المخدرات المجهولين هم من تتشكل منهم المجموعة العلاجية، أو يشكلون مجموعات أخرى خاصة. ولهذه الأساليب نجاحات ضخمه فى بلدان متعددة ، وفى الولايات المتحدة على وجه الخصوص. وحيث دائماً ما تكون هى

(1) Covert sensitisation.
(2) Systematic desensitisation.
(3) Psychological medicine.
(4) Psychodrama.
(5) Problem-solving.
(6) Experiential.
(7) Support.
(8) Guidlines.
(9) Anonymous alcoholics (AA).

الأسلوب العلاجى السائد. ويمكن النظر إلى جوهر هذه الأساليب باعتبارها نوعاً من المساعدة الذاتية (١)، أو مجموعات للمساندة المتبادلة (٢). وهى تتسم على غير المعتاد- على الرغم من أنها ليست فريدة فى ذلك على الإطلاق - بجوانب عقيدية واضحة. ولا يوجد اهتمام فى جماعة الكحولى المجهل بأسباب التعاطى، ودون اعتبار لأى من هذه الاسباب ، والتى تعد مجرد أعذار، هناك ايمان أن تعاطى الكحول ينتج عن شعور بالقهر للتعاطى، وأن الكحوليين فقدوا القدرة على التحكم فى تعاطيهم ، سواء بوعى أو دون وعى.

وتصف جماعة الكحولى المجهل نفسها بطريقة كاملة فى "الكتاب الكبير" (Alcoholics Anonymous, 1955) ، والذى يدعى أن ٥٠ فى المئة من الكحوليين الذين يشتركون فى جماعة الكحولى المجهل ، يصلون إلى إمتناع فورى دائم ، وأن ٢٥ فى المائة أخرين يحققون ذلك ، أى ٧٥ فى المائة ، معدل امتناع نهائى. ولاتقدم دلائل بحثيه لإثبات هذه الادعاءات. ومع ذلك فالكثير من الباحثين مقتنعون بفائدة جماعة الكحولى المجهل ويقرر زوسكا وبورش Zuska and Pursch (1980) أنه لم يصبح هناك شك فى أن طريقة الكحوليين المجهلين مسئولة عن اعتدال أكثر الكحوليين ، مقارنة باى طريقة علاجية أخرى منفردة، وأن الأطباء الذين يرغبون فى التعلم حول إدمان الكحول ، يتعين عليهم حضور اللقاءات الخاصة بالكحولى المجهل، وسيتعلمون على الأقل أن إدمان الكحول دائماً ما أسيئ تشخيصه وعلاجه بواسطه الأطباء.

وقد حاولت عدة دراسات تقييم طريقة "الكحولى المجهل". ويذكر بيبنجتون Bebbington (1976) من خلال مراجعة للتراث المتاح أن ٢٦ فى المئة يظهرون معدلات دنيا معقولة من النجاح، كما يذكر جيندرا وفورسلند Jindra and Forslund (1978) أن الحد الأقصى لفعالية طريقة "الكحولى المجهل" قد يصل إلى حوالى ٥٠ فى المئة من الامتناع بنهاية عام.

ومن المثير للدهشة بالنسبة لهذا النظام العلاجى المهم والواسع الإنتشار ، أنه لايعرف إلا القليل عن طريقة الكحولى المجهل، والأقل من ذلك هو المعروف حول مدمن المخدرات المجهل. وعلى الرغم من ذلك فإن البحوث المتزامنة فى العلاج الجمعى تذكر أنه فى حاله العلاج باسلوب الكحولى المجهل يوجد معدل مرتفع للأفراد الذين يفشلون فى استكمال العلاج، غير أنه بين أولئك الذين يستمرون دائماً ما تكون النتائج جيدة (Scott and Goldberg, 1973). ومن الممكن أن تكون مثل هذه الأشكال العلاجية فعالة بالنسبه لبعض الناس، غير أنه لا يتعين اعتبارها نموذجاً علاجياً لكل شخص ،لديه اضطراب اعتماد على المخدرات.

العلاج النفسى

مثلما يوجد فى كثير من أساليب العلاج النفسى، هناك خلط عام حول ما يحدث حقيقه أثناء العلاج النفسى. ويستخدم المصطلح ذاته كثيراً للأشارة الى العلاج بالكلام ، الذى يعتمد على مبادئ الديناميات النفسيه (٣) أو التحليل النفسى (٤) ولسوء الحظ فإن القدر من التاثير الذى مارسه التحليل النفسى لم يتطابق مع قدر مقابل من الوضوح فيه. وفى أى من أشكاله الدقيقة ظل كل من المذهب ذاته وكذلك أجزاؤه ناجحين فى البقاء على غموضهما (Gossop, 1981).

وهناك شعور عام شائع بين المعالجين النفسيين أن البنية الشخصية الأساسية للكحولى ومدمن

(1) Self-help.
(2) Mutual-support groups.
(3) Psychodynamic.
(4) Psychoanalyis.

المخدرات تجعل منهما مرشحين سيئين للعلاج النفسى (مثال ذلك: Selzer, 1967) ويستخلص ميلر وهيستر (Miller and Heaster (1980 من مراجعتهما الشامله للأختيارات العلاجية أن العلاج النفسى ذا التوجه التحليلى ليس من العلاجات المختارة للكحوليين، وأنه يتسم بقدر أكثر أنخفاضًا فى الفعالية من الطرق العلاجية البديلة ، أو هو على أحسن الأحوال مساوى لها فى الفعالية. وعلى الرغم من ذلك ففى مجال خُدم بالبحوث التقيمية بطريقة واضحة السوء للغاية ، نجد دراسه مثيرة للشغف ، قام بها وودى وزملاؤه (Woody et al. (1981 ، حيث قارن هؤلاء المؤلفون شكلاً من العلاج النفسى يطلق عليه العلاج التدعيمى التعبيرى [1] بنمطين علاجيين أخرين ، هما:العلاج المعرفى السلوكى (كما صوره بيك ، وأشرف عليه فى هذه الدراسة) ، وارشاد نفسى حول المخدرات [2]. ويعتمد العلاج التدعيمى التعبيرى على التحليل النفسى ويهدف مساعدة العميل على تحديد القضايا الخاصة بالعلاقات المُشكلة والعمل خلالها، كما يعطى اهتمامًا خاصًا لمعنى تعاطى المخدر لدى المتعاطى. وقد وجد وودى وزملاؤه أن مدمنى مشتقات الأفيون الذين تلقوا علاجًا نفسيًا ، تحسنوا بدرجة أكبر مما حققته مجموعة الإرشاد النفسى فى قدرتهم التعبيرية عن صعوباتهم ، ومن حيث استخدامهم لمشتقات الأفيون وبقيه العقاقير الأخرى ، ذات التأثير النفسى [3]، أما المدمنون الذين تلقوا علاجًا سلوكيًا فقد تحسنوا أيضًا ، إلا أنه لم يوجد فرق بين هذا العلاج ، وأى من العلاجين الآخرين. ويستخلص المؤلفون من ذلك أن بعض متعاطى مشتقات الأفيون، يمكنهم الإفادة من العلاج النفسى، وأن العلاج النفسى يمكن أن يضيف شيئاً إلى الخدمات الإرشادية الروتينية .

العلاج الطبى

ليس من غير المعتاد أن يحتاج مدمنو المخدرات والكحوليين لرعاية طبية ، والكثير من المدمنين، وبالأخص مدمنى المسكنات والمنومات، ومستخدمى مشتقات الأفيون يتناولون جرعات زائدة (Gossop et al., 1975). كما أن سلوك متعاطى المخدرات، وأولئك الذين يستخدمون حقن المخدر على وجه الخصوص، يجعلهم عرضه لأمراض مثل الإيدز والتهاب الكبد الوبائى [4]، وعفن الدم [5]، والتهاب الشغاف البكتيرى الغدى [6]، كما يرتبط الاعتماد على الكحول بالمثل بمخاطر صحيه متعدده. ومن المعروف أن الإدمان طويل الأمد يسبب تلفًا فى الكبد والبنكرياس والمخ.

وقد يكون لحقيقة أن الإدمان الكثيف والطويل للكحول يؤدى إلى تلف مخى ، دلالات فى العلاج النفسى، فقد تبين أن الضمور اللحائى [7]، الذى وجد بين كثيفى الشراب مرتبط بالخلط والتشوه وصعوبات التركيز، كما أنه يؤدى فى مراحله الاخيرة إلى حالة غير متميزة عن العته [8]، ومن الواضح أنه فى مثل هذه الحالات المتقدمة توجد معوقات ضخمة فى الاستفادة من أى برنامج علاجى ، يتطلب مهارات نفسية متكاملة ومعقدة. وعلى الرغم من ذلك فليس من المعروف تماما إلى أى مدى يتدخل العجز العصبى فى حده الأدنى فى قدرة المفحوص على الفهم والتذكر والقيام بالمتطلبات العلاجية (Glass, 1991).

وأكثر ملامح العلاج الطبى الفورى دائمًا ما تكون علاج المريض من التسمم [9]، والكثير من

(1) Supportive-expressive therapy.
(2) Drug-counselling.
(3) Psychoactive drugs.
(4) Hepatitis.
(5) Septicaemia.
(6) Bacterial enocarditis.
(7) Atrophy.
(8) Senility.
(9) Detoxification.

المخدرات، ومنها الهيروين على وجه الخصوص، وبعض المستخلصات الأخرى من الأفيون تؤدى إلى اعتماد عضوى ، بمعنى أن المدمن يعانى من أعراض انسحاب ، عندما يتوقف عن تعاطى المخدر، وهذا صحيح أيضا مع المهدئات والمنومات ، والبنزودايازبينات (مثل الفاليوم Valium، والموجادون Mogadon والليبريوم Librium وغيرها) . كما أن للكحول أيضاً زملة انسحاب خطيرة. وينظر للدلالة النفسية لمرحلة الانسحاب بشكل مختلف من الناس المختلفين. ويميل بعض المؤلفين إلى اعتبارها أمراً غير مهم نسبياً . ويصف كليبر Kleber (1981)، على سبيل المثال، زملة انسحاب مشتقات الأفيون على أنها تشبه نوبة أنفلونزا . وعلى الرغم من ذلك فمن الواضح أن كثيرين من المدمنين يرتعبون للغاية من الانسحاب (Gossop et al., 1982a). وقد يكون هذا الخوف الشديد عذراً بالنسبة للبعض لعدم محاولة التوقف عن المخدر.

وعلى الرغم أن إزالة التسمم كان يعتبر احياناً فى الماضى –علاجاً كافياً للاعتماد على المخدرات، إلا إنه من المعتاد الآن النظر إلى عمليات انسحاب الشخص من المخدر على أنها المرحلة من برنامج علاجى أوسع. ويمكن إزالة أثر التسمم فى حد ذاته ، سواء للمريض الذى يعالج داخل المستشفى أو المريض الخارجى . وفى دراسة مسحية على المستوى الوطنى ، شملت أكثر من ١٦٠٠٠ أمريكى مدمن، وجد جو وسيمبسون Joe and Simpson (1974) أن مدمنى مشتقات الأفيون كانوا يحققون نجاحاً مضاعفاً فى علاجهم من آثار التسمم ، عندما كانوا يعالجون أثناء إقامتهم بالمستشفى ، أكثر مما كانوا يحققون كمرضى خارجيين . وقد وجد فرق أكبر من ذلك فى دراسة بريطانية ، حيث أكمل ٨١ فى المئة من المرضى المقيمين فى المستشفى علاجهم بنجاح من آثار التسمم من مشتقات الأفيون ، مقارنة بـ ١٧ فى المئة من المرضى الخارجيين (Gossop et al., 1986).

وعلى الرغم من ذلك يذكر أنه فى مجال إدمان الكحول لا تحتاج إلا اقلية من الأفراد فقط للانسحاب من الكحول خلال إقامتهم فى المستشفى، وأن إزالة آثار التسمم للمرضى الخارجيين بديل آمن فعال (Miller and Hester, 1980). ولم يجد ادواردز وجوثرى Edwards and Guthrie (1967) فروقاً فى معدلات النتائج المحققة بين مجموعتين من الكحوليين ، صنفتا عشوائياً لتلقى برنامج علاجى داخل وخارج المستشفى. وعادة ما تتم إزالة آثار التسمم أثناء الإقامة فى المستشفى ، خلال أسابيع قليلة ، وذلك بإعطاء جرعة متدرجة الانخفاض من مخدر الاعتماد (كما يحدث فى حالة مشتقات الأفيون) ، أوعقار بديل (كما فى حالة الاعتماد الكحولى)، أما إزالة آثار التسمم عند المرضى الخارجيين ، فعادة ما تتم خلال فترة أطول إلى حد ما .

وإحدى الخرافات المتبقية حول الإدمان ، هى أن الاعتماد على إدمان الكحول والمخدرات ، هما فى حقيقه الأمر أمراض ، يمكن علاجها بواسطة الإجراءات الطبية التقليدية . وفكرة أن الإدمان عبارة عن شكل من أشكالِ المرض ، نشأت على نطاق واسع باعتبارها بديلاً إنسانياً للأساليب العقابية ،التى كانت سائدة فى أمريكا على وجه الخصوص فى فترة مبكرة من هذا القرن (Gossop, 1982). ولكن، رغم حسن نوايا اولئك الذين اعتبروها كذلك، فإن مثل هذه الأفكار كان لها تأثير مدمر على تطور بدائل العلاج نتيجه للطرق ، التى ركزوا بها على البحث عن عقار يشفى الإدمان.

وعلى الرغم من أن المهدئات الخفيفة (1) كثيراً ما توصف للكحوليين، فإن هناك القليل من الدلائل، التى توحى أنها تؤدى إلى فائدة محققة ، وقد وجد ماير ومايرسون Mayer and Myerson (1971) معدلات تحسن أكثر انخفاضاً على مقاييس تعاطى الكحول بين مرضى ، عولجوا بالمهدئات مما وجداه بين

(1) Minor tranquillisers.

أولئك الذين لم يتلقوا أى علاج طبى، كما وجد كيسن وزملاؤه Kissin et al. (1970) أن توليفة من المهدئات ومضادات الاكتئاب تؤدى إلى معدلات امتناع ، تصل إلى ١٦ فى المئة ، مقارنة بمعدلات تصل إلى ٢٢ فى المئة لأى من أساليب العلاج النفسى أو العلاج القياسى فى المستشفى. وقد استخدمت عقاقير أخرى مختلفة فى علاج الإدمان ، إلا أن التراث البحثى لا يقدم إلا القليل من الدعم لفعالية العلاج بالعقاقير ، ذات التأثير النفسى فى علاج إدمان الكحول (Pattison, 1977). ولا ينصح باستخدام هذه العقاقير على وجه الخصوص مع مدمنى المخدرات ؛ حيث يستطيبون مذاقها بسرعه ، وبالأخص البنزوديازبينات ، وقد نمى سوء استخدام مثل هذه العقاقير بمعدلات ضخمة خلال السبعينيات والثمانينيات. وعلى الرغم من وجود اعتراف متزايد بهذه المشكلات بين العاملين فى المهن الطبيه ، إلا أن خطورتها مازالت مستمرة ، ومازالت لاتقيم التقييم الصحيح (Gossop, 1982).

والاستخدام السليم أو غير السئ للديسولفيرام (*) Disulfiram يمثل شكلاً خاصًا فى العلاج بالعقاقير، فالديسولفيرام عقار منشط كحولى، وعند إضافته للكحول يؤدى إلى كف إنزيم الألدهايد اللاهيدروجينى [(١)]، ويؤدى إلى رد فعل عنيف وغير محبب مع أعراض مثل الدوار والعرق والغثيان والقئ ، وأى شخص يتعاطى الديسولفيرام لا يمكنه تعاطى الكحول ، دون المخاطرة بمثل هذه الإرجاع ، وقد استخدم العقار لمساعدة الكحوليين السابقين على مواصلة امتناعهم.

ولسوء الحظ .. فإن محاولات تقييم آثار مواصلة الامتناع ، التى يوفرها الديسولفيرام فسدت؛ نتيجة لأن المرضى الذين أختيروا لأخذ العقار كانوا يختلفون جوهريًا عن اولئك ، الذين رفضوا استخدامه. وتتطلب دراسة تأثير استخدام الديسولفيرام أن يكون الشخص متعاونًا، ويخضع للنظام العلاجى ، ويأخذ العقار بانتظام (US Institute of Medicine, 1990). ويؤدى ذلك إلى تأثيرات متضاربة بقوة فى دراسات تقييم العلاج . ولكن مع التحفظات الضخمة التى ترتبت على ذلك ، فإن نتائج أرمور وزملائه Armor et al. (1978) اشارت إلى أن المرضى الذين يعالجون بالديسولفيرام حققوا تحسنا أفضل من اولئك الذين لم يعالجوا به. وفى دراسة معماة [(٢)] مضبوطة ، جرت فى مراكز متعددة. وجد فوللر وزملاؤه Fuller et al. (1986) أن الديسولفيرام بالطريقة التى يستخدم بها فى العيادات الخارجية أصبح لا يزيد فى فعاليته عن فعالية الارشاد النفسى فى تحقيق امتناع مستمر ، على الرغم من أن نتائجهم تشير إلى أن المرضى أصحاب أفضل الاستجابات للديسولفيرام أكثر ميلاً لأن يكونوا الأكبر عمرًا والأكثر استقرارًا من الناحية الاجتماعية وممن لهم تاريخ فى الانتكاس . وهناك شكوك أخرى حول العلاج بالديسولفيرام ناتجة عن عدم امكانيه التنبؤ بمستوى المصل ، وقد أثارت عدة دراسات حديثة تساؤلات حول درجة الآمان فى استخدامه. وقد جرت محاولات مشابهه لعلاج مدمنى مستخلصات الأفيون باستخدام عقاقير مضادة توقف تأثيرات النشوة [(٣)] من الأفيونات مثال ذلك النالتريكسون Naltrexone ، وهو يؤخذ عن طريق الفم ، وهو مضاد منافس طويل المفعول لمراكز استقبال مشتقات الأفيون. وتعمل هذه العقاقير بأساليب مختلفة عن عمل الديسولفيرام ، إذ توقف التأثير الانتشائى لمستخلصات الأفيون ، دون أن تؤدى إلى غثيان أو أى استجابة عضوية تنفيرية أخرى. ومره ثانية ، فعلى الرغم من أن القليل من المدمنين ، يمكن أن يستفيدوا

(*) مخدر يستخدم في علاج ادمان الكحول

(1) Enzyme aldehyde dehydrogenase.
(2) Blind study.
(3) Euphoria.

من العلاج بالمضادات، إلا أن هناك بعض الصعوبات فى إغرائهم بتعاطى هذه العقاقير. وفى دراسة أمريكيه حديثة ، أجريت على ٧٣٥ مدمنًا وافقوا على الاشتراك فى محاولة استخدام هذه العقاقير ، ترك ٥٤٣ منهم (٧٤ فى المئة) التجربة قبل أن يتعاطوا حتى الجرعه الأولى (O'Brien and Greenstein, 1981) ، ونتيجه لهذه الصعوبات التى تحدث فى المرحلة الأوليـة ، ونتيجة لمعدلات الخروج المرتفعة من التجربة خلال الشهر الأول من العلاج ، تميل فائدة استخدام المضادات لأن تكون محدودة بشريحة صغيرة من مجتمع متعاطى مستخلصات الأفيون. ويبدو هذا النوع من الأساليب مناسبًا بشكل أفضل لأولئك المدمنين ، ذوى الدافعية القوية والمستمرة لترك الأفيونات . وقد تكون المضادات مع مثل هؤلاء الاشخاص إجراءًا مساندًا مفيدًا. وعلى سبيل المثال ، فقد أظهرت الدراسات ، التى أجريت على مدمنى مستخلصات الأفيون من المهنيين ، ومن أبناء الطبقة المتوسطة نتائج أكلينيكية جيدة مع النالتريكسون (Ling and Wesson, 1984; Washton et al., 1984) وقد استخدم الميثادون Methadone على نطاق واسع فى علاج إدمان مشتقات الأفيون ، على مدى أعوام طويلة . ومنذ اكتشاف فيروس الإيدز ومرض الايدز اكتسبت أساليب العلاج الخاصة بمواصلة الامتناع دعمًا شعبيًا قويًا نتيجة لصلتها بالأهداف العلاجية الساعية "لخفض الاذى" (١) ، وبلغ عدد برامج مواصلة الامتناع باستخدام الميثادون ٦٦٧ برنامجًا فى الولايات المتحدة فى يناير ١٩٨٩ ، كانت تعالج حوالى ٨٠,٠٠٠ مدمن، ويستخدم العلاج بالميثادون فى بلاد كثيرة. وعلى الرغم من ذلك ، فهناك تباين كبير بين برامج العلاج ، وتباين فى الطريقة التى يعطى بها الميثادون.

وقد وجد جوسوب وجرانت (1991) Gossop and Grant فى دراسة مسحية أجريت فى ٦ دول فروقا بينها ، من حيث عدد المرضى الذين يتلقون العلاج، والتركيبة الدوائية ، وطريقة تناول الميثادون، وفروق فى مستوى الجرعات ، وفترة وصف الدواء ، ومحكات الاشتراك فى البرنامج ، ومتطلبات الحضور، وطريقـه التزود بالعـقـار. وبعض أو كل هذه العوامل يمكن أن تجعلنا نتوقع أن يكون لهـا دور مـهم فى الفعالية العلاجية ، ونتيجة لهذه الفروق المهمة فى الطريقه التى تقدم بها خدمه الاستمرار الفعلية ، فإن استمرار التوقف باستخدام الميثادون ، يتعين النظر اليه باعتباره منحًا علاجيًا عامًا وليس إجراءً محددًا أو نوعًا من الإجراءات.

وكان دول ونيسواندر (1965) Dole and Nyswander هما أول المدافعين المتحمسين عن هذا النوع من العلاج، وهما اللذان ذكرا أن التدخل باستخدام الميثادن يعوق اشتياق المدمن للهيروين، ويؤدى إلى تحسن عام فى الأداء الاجتماعى، وقد أصر عدد من المؤلفين على أن فعالية استمرار الامتناع باستخدام الميثادون لا تحتاج لسؤال، وهناك مرجع واحد على الأقل فى الطب النفسى ، ينسب لهذا العلاج معدلات نجاح مسرفة تقع بين ٧٠ إلى ٩٠ فى المئة (Anderson and Solomon,1971) ، وعلى الرغم من ذلك ، فربما لم يقدم أنصار العلاج بالميثادون له مساندة بالمبالغة فى مزاياه.

وإحدى أكثر الدراسات تفصيلاً واقناعًا حول العلاج بالميثادون ، نشرها حديثًا بول و روس Ball and Ross (1991) ، وقد شملت هذه الدراسة التقييمية أكثر من ٤٠٠ مريض فى ستة برامج مختلفة. وأشارت النتائج إلى أنه بقدر استمرار المرضى فى برنامج الميثادون ، يوجد انخفاض جوهرى فى تعاطى المخدرات المحظوره، وكذلك انخفاض فى أنماط السلوك الأخرى المستهدفة (انخفاض السلوك الاجرامى على سبيل المثال) . وعلى الرغم من ذلك ، فإن مثل هذه المكاسب العلاجية غالبًا ماتفقد ، عندما يترك المرضى البرنامج أو عندما يتوقف تزويدهم بعقار مواصلة الامتناع. وفى ضوء الادعاءات التى قدمت حول

(1) Harm-reduction.

الاستمرار على الميثادون بوصفه علاجًا مخفضاً للأذى. كان من المثير للشغف ما وجده بول وروس، من أنه رغم أن الاستمرار على المثيادون ارتبط بانخفاض فى تكرار المشاركة فى إبر الحقن ، إلا انه لم يكن هناك اى انخفاض جوهرى فى النسبة المئوية من المرضى ، الذين يتشاركون فى أدوات الحقن .

اساليب العلاج فى الميزان

تُعد أية محاولة تجرى فى مجال علاج اضطرابات الاعتماد لتلخيص حالة هذا الفن العلاجى، بمثابه مخاطرة خطيرة تؤدى إلى الوقوع فى مستنقع مثير للضجر من الادعاءات ، التى قدمتها البحوث والأرقام التى خرجت بها. وأحيانًا ما يبدو أنه بقدر طول القصة ، بقدر انخفاض الوضوح الذى يصبح عليه الموقف. وتبدو أساليب العلاج التى لقيت ترحيبًا على أنها تمثل نجاحًا فى احدى الدراسات ، بوصفها فشلاً مثيرًا للقنوط فى دراسة أخرى. ويجب الاعتراف أنه من الصعب على الأخصائيين الأكلينيكيين أن يجدوا فى الوقت الراهن مؤشرات واضحة وغير ملتبسة حول كيفية علاج شخص ما من مشكلة تعاطى مخدرات أو كحول. والتصميمات البحثيه التقييميه التقليدية ليست مفيدة هنا على وجه الخصوص ، فقد صممت بشكل عام للإجابة عن أسئلة مثل : هل المرضى المعتمدين على المخدر / الكحول يميلون بقدر أكبر للتحسن عندما يحصلون على العلاج س أم العلاج ص ؟ وفى ضوء الفروق الفردية بين المعتمدين على المخدرات ، أو بين مجموعات الكحوليين لا يعد مثل هذا السؤال ملائمًا. وبالعوده إلى التماثل مع المرض العقلى ، سنجد أنه ليس من الملائم أن تصمم دراسة بحثية للإجابة عن السؤال الآتى : "هل المرضى العقليين أكثر ميلاً الى التحسن بعد تلقى العلاج س أو ص ؟" ؛ إذ يتطلب الأمر على أقل تقدير أن يتجه السؤال إلى الاهتمام بالاستجابة الفارقة لانواع مختلفة من المشكلات النفسية لأنواع مختلفة من التدخلات.

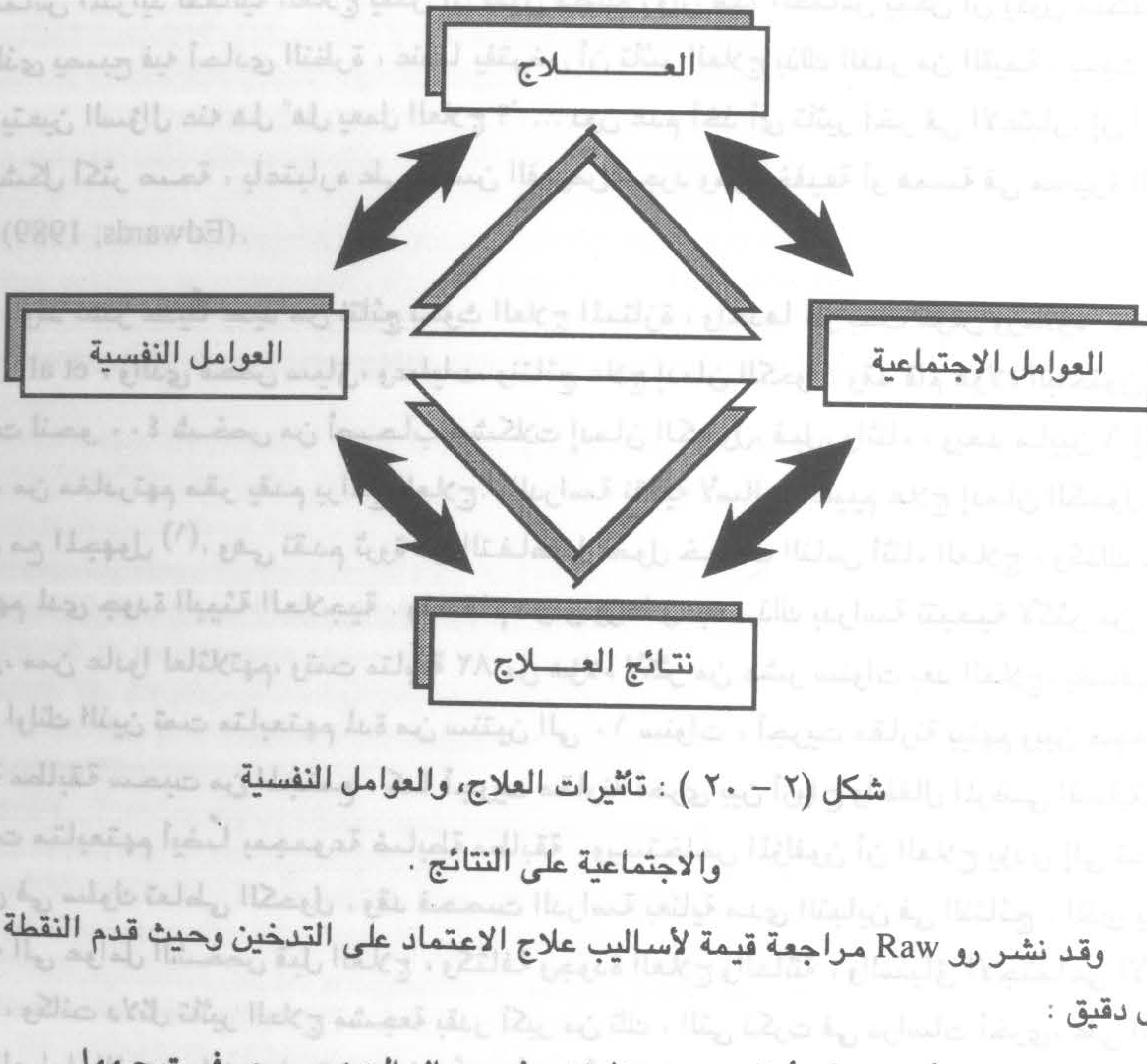
وقد توصل كلير Clare فى الإجابه عن سؤال : ما مقدار جودة أساليب علاج إدمان الكحول إلى عدد من الاستخلاصات المتشائمة ، منها على وجه الخصوص أن نسبة ضيئلة من الامتناع تتحقق خلال فترة تمتد من ٦ الى ١٢ شهرا من تلقى العلاج ، مهما كانت طبيعة هذا العلاج أو كثافته أو طول فترته (Clare, 1977) ، كما توصلت مراجعة مبكرة لأساليب علاج إدمان المخدرات لنتيجة مماثلة :

> **لا توجد علاقة بين الوقت الذي ينفق في العلاج ونتائجه ، ولا توجد علاقة بين نوع العلاج ونتائجه، ومهما كان شخص المعالج أخصائيًا اجتماعيًا عدوانيًا ، أو مرشدًا يعمل بأسلوب روجرز، أو مرشدًا دينيًا ، أو معالج نفسي ذا وجه تحليلي نفسي ، أو اخصائيًا اكلينيكيًا يستخدم الميثادون ، أو مدمنًا سابقًا يقدم مساعدة ، فان النتيجة النهائية لا تختلف جوهريًا (Enstein, 1966) .**

وقد أصبح مثل هذا التشاؤم غيرمسوغ الآن ، فهناك الآن تكامل مثير بين الدلائل ، التى خرجت بها البحوث الحديثة ، والتى توضح أنه حتى أولئك الذين يعانون من درجة حادة من الاعتماد على الكحول أو المخدرات ، يمكنهم أن يحققوا شفاءً من إدمانهم (Biernacki, 1986; Gossop et al., 1989). وفى ضوء العديد من الاعتبارات يعد امراً شاذًا ان يظل المدمنين مدمنين طوال حياتهم ، فالأغلبية ستتوقف عند نقطة ما. ويبدو التشاؤم المبكر حول النتائج العلاجية من الأمور العتيقة المندثرة.

وربما يمكن النظر الى التوقعات السلبيه بعيدة المدى حول دور العلاج فى إحداث التغيير على أنها نتجت عن الخلط المتعلق بالطبيعة الأحادية للسلوك الإدمانى، بالإضافة الى تطبيق إجراءات منهجية غير

ملائمة. وسيكون من المفيد فى الوقت الراهن أن يتجه تركيز الممارسات الأكلينيكية والبحوث التقييمية بدرجة أقل على تطبيقات أساليب تدخل علاجية محددة ، وأن يمنح قدر أكبر من الاهتمام لمطابقة أساليب العلاج على الخصائص النفسيه والاجتماعية للشخص ،الذى يوجه اليه مثل هذا العلاج. وكما يحدث فى أية دراسات تتبعية ، وجد بولش وزملاؤه (Polich et al., 1981) فى بحثهم حول مسار إدمان الكحول أن الخصائص الاجتماعية والنفسيه لعينه المفحوصين عند دخولهم المستشفى ، كانت بمثابة المحددات القوية لسلوكهم التالى ، ويعقب بولش وزملاؤه على ذلك بالقول : "إن مثل هذه العوامل المتعلقة بالمفحوصين ، مثل: تاريخ تعاطى الكحول، والظروف الاجتماعية المحيطة كان لها تأثيرها الأكبر على النتائج مقارنة بأى عوامل علاجية مقاسة".



شكل (٢ - ٢٠) : تأثيرات العلاج، والعوامل النفسية والاجتماعية على النتائج.

وقد نشر رو Raw مراجعة قيمة لأساليب علاج الاعتماد على التدخين وحيث قدم النقطة التالية بشكل دقيق :

> العيب الأساسي في أغلب بحوث العلاج في مجال التدخين ، هو في توجيهها لاهتمامها علي العلاج ، بشكل يمنع الاهتمام بالمفحوصين ومتغيراتهم .. وبالتالي فإن علاجاً جديداً يكتشف ويمتدح ؛ وإذ به لايقدم في الواقع إلا قدراً ضئيلاً من التغير في النتائج، ثم إذ به يختفي (يغرق) عند مقارنته بعناية بأساليب العلاج الأخري أو بأجراءات أخري غير محددة (Raw, 1978 : 473).

وتقدم أساليب العلاج لمشكلات المخدرات إضافة صغيرة لعالم متعاطى المخدرات أو الكحوليين، ومثلما يحدث فى تحديد مشكلات المخدرات فإن سيكلوجية الفرد ، والموقف الاجتماعى ، الذى يعيش فيه هذا الفرد تمارس تأثيرات قوية على النتائج. وقد يكون من المغرى بالنسبة للمعالج فى موقف الممارسة أن يعتقد أن عوامل العلاج أكثر قوة مما هى عليه بالفعل . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا قد يكون مضلاً فى

توفير تقييم أقل مما يجب لإمكانات العوامل المساهمة من خارج السياق العلاجى. وقد لاحظ هوبار وزملاؤه Hubbard et al. " أن دور العلاج هو أن يغير السلوك والحالة النفسية ، وأن يوجه العملاء إلى الموارد الاجتماعية أثناء وبعد العلاج ، وأن لا تمارس برامج العلاج ضباط مباشراً على السلوك ، بعد أن يترك العميل العلاج ، ويتعين بالأحرى أن تؤثر فى سلوك ما بعد العلاج بشكل غير مباشر ، من خلال التغيرات فى الحالات النفسيه والسلوك أثناء العلاج" (Hubbard et al., 1989 : 35). ويتعين النظر فى هذا النوع من النماذج إلى توجه أساليب العلاج إلى مواصلة التغير بعد العلاج ، بحيث تعمل بشكل غير مباشر، كما تبدو فى شكل (٢ - ٢٠) .

وقد قدم ادواردز Edwards وجهة النظر نفسها ؛ حيث قدم تحذيراً قوياً من قصور العلاج ، وذكر أن الحماس المتزايد لفعالية العلاج يمكن أن يكون مضللاً، وأن هذا الحماس يمكن أن يكون متكلفا إلى الحد الذى يصبح فيه أحادى النظرة ، عندما يفترض أن تأثير العلاج بذلك القدر من القيمة ، بحيث يكون كل ما يتعين السؤال عنه هل "هل يعمل العلاج ؟" ... دون عدم أخذ أى تأثير آخر فى الاعتبار. إن العلاج يدرك بشكل أكثر صحة ، باعتباره على أحسن الفروض مجرد وكزة خفيفة أو همسة فى مسيرة الحياة الطوية (Edwards, 1989).

وقد نشر حديثًا عديد من نتائج بحوث العلاج الممتازة ، وأحدها هو بحث موس وزملاؤه Moose et al. (1990) ، والذى فحص سياق، وعمليات، ونتائج علاج إدمان الكحول. وقد قام هؤلاء الباحثون بعقد مقابلات لنحو ٤٠٠ شخص من أصحاب مشكلات إدمان الكحول، قبل، واثناء ، وبعد مابين ٦ إلى ٨ شهور، من مغادرتهم مقر يقدم برامج العلاج. والدراسة نقدية لأساليب تقييم علاج إدمان الكحول التى تتعامل مع المجهول (١)، وهى تقدم ثروة من التفاصيل حول خبرات الناس أثناء العلاج ، وكذلك حول تقييمهم لمدى جودة البيئة العلاجية . وقد قام موس وزملاؤه بعد ذلك بدراسة تتبعية لأكثر من ١٠٠ شخص، ممن عادوا لعائلاتهم، وتمت متابعة ٨٢ من هؤلاء لأكثر من عشر سنوات بعد العلاج. يضاف إلى ذلك أن اولئك الذين تمت متابعتهم لمدة من سنتين الى ١٠ سنوات ، أجريت مقارنة بينهم وبين مجموعة ضابطة مطابقة سحبت من المجتمع ، كما أجريت مقارنة أخرى بين أزواج وأطفال المرضى السابقين ، ممن تمت متابعتهم أيضًا بمجموعة ضابطة مطابقة . ويستخلص المؤلفون أن العلاج يؤدى إلى تحسن جوهرى فى سلوك تعاطى الكحول . وقد فحصت الدراسة بعناية مدى التباين فى النتائج ، الذى يمكن إرجاعه الى عوامل الشخص قبل العلاج ، وكثافة وجودة العلاج والعائلة ، والسياق الاجتماعى الأكثر اتساعاً ، وكانت دلائل تأثير العلاج مشجعة بقدر أكبر من تلك ، التى ذكرت فى دراسات أخرى، على الرغم من أن العوامل الفردية والاجتماعية لعبت أيضًا دوراً مهمًا فى تحديد النتائج.

وقد اكتملت حديثًا دراسة كبرى فى مجال مشكلات المخدرات فى الولايات المتحدة ، وهى "دراسة توقعات النتائج العلاجية" (٢) ، والتى شملت أكثر من ١١,٠٠٠ شخص ، شاركوا فى ٤١ برنامجًا علاجيًا من مشكلات المخدرات (Hubbard et al., 1989) ، وعقدت مقابلات مع أفراد العينات خلال فترات ٣ شهور، وعام، وعامين، ومن ٣ إلى ٥ أعوام بعد تركهم للعلاج.

---

(1) Black box .
(2) The treatment outcome prospective study (TOPS)

وقد أوضحت الدراسة وجود تناقص فى سوء استخدام [1] مشتقات الأفيون والمخدرات الأخرى بعد العلاج، وقد وجد استمرار فى انخفاض تعاطى المخدر حتى فى المراحل البعيدة من المتابعة ، التى امتدت من ٣ إلى ٥ سنوات. ومن المثير للشغف ما عرضته "دراسه توقعات النتائج العلاجية" حول العلاقة بين زيادة الوعى من خلال تطبيق تحليل للتكلفة / الفائدة على العلاج ، وبين حجم الجرائم ذات العلاقة بالمخدرات والتكاليف الأخرى المترتبة على استخدامها ، وذلك بالنسبه لمستخدمى المخدرات قبل العلاج، وبين الانخفاض الجوهرى فى هذه التكلفة ، أثناء كل من فترة المشاركة فى العلاج وبعدها.

(1) Abuse .

References

Alcoholics Anonymous (1955) *The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism*, New York: AA Publishing.

Anderson, D. and Solomon, P. (1971) 'Drug dependence', in P. Solomon and V. D. Patch (eds) *Handbook of Psychiatry*, Los Altos, Calif.: Large Medical Publications.

Annis, H. (1986) 'A relapse prevention model for treatment of alcoholics', in W. Miller and N. Heather (eds) *Treating Addictive Behaviours*, New York: Plenum.

Armor, D. J., Polich, J. and Stanbul, H. (1978) *Alcoholism and Treatment*, New York: Wiley.

Ball, J. and Ross, A. (1991) *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New York: Springer.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1982) 'Self-efficacy mechanisms in human agency', *American Psychologist* 27: 122–47.

Bebbington, P. E. (1976) 'The efficacy of Alcoholics Anonymous: the elusiveness of hard data', *British Journal of Psychiatry* 128: 572–80.

Biernacki, P. (1986) *Pathways from Heroin Addiction*, Philadelphia: Temple University Press.

Bradley, B. P. and Gossop, M. R. (1983) 'Differences in attitudes towards drug-taking among drug addicts: implications for treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 10: 361–6.

Bradley, B., Phillips, G., Green, L. and Phillips, G. (1989) 'Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use after detoxification', *British Journal of Psychiatry* 154: 354–9.

Caddy, G. and Lovibond, S. (1976) 'Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behavior', *Behavior Therapy* 7: 223–30.

Callner, D. A. and Ross, S. M. (1980) 'Behavioral treatment approaches to drug abuse', in J. Ferguson and C. Taylor (eds) *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine. Vol. 3*, New York: SP Medical and Scientific Books.

Childress, A. R., McLellan, A. and O'Brien, C. (1984) 'Measurement and extinction of conditioned withdrawal-like responses in opiate dependent patients', in L. Harris (ed.) *Problems of Drug Dependence*, Washington: NIDA Monogr, 49: 212–19.

Childress, A. R., McLellan, A., Ehrman, R. and O'Brien, C. (1988) 'Classically conditioned responses in opioid and cocaine dependence: a role in relapse?' in B. Ray (ed.) *Learning Factors in Substance Abuse*, Washington: NIDA Monogr, 84: 25–43.

Clare, A. W. (1977) 'How good is treatment', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism, New Knowledge and New Responses*, London: Croom Helm.

Davies, D. L. (1962) 'Normal drinking in recovered alcohol addicts', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 23: 94–104.

Dole, V. P. and Nyswander, M. E. (1965) 'A medical treatment for diacetymorphine (heroin) addiction', *Journal of the American Medical Association* 193: 646–50.

Donovan, D. and Chaney, E. (1985) 'Alcoholic relapse prevention and intervention: models and methods', in A. Marlatt and J. Gordon (eds) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Edwards, G. (1989) 'As the years go rolling by. Drinking problems in the time dimension', *British Journal of Psychiatry* 154: 18–26.

Edwards, G. and Guthrie, S. (1967) 'A controlled trial of in-patient and out-patient treatment of alcohol dependency', *Lancet* 1: 555–9.

Einstein, S. (1966) 'The narcotics dilemma: who is listening to what?' *International Journal of the Addictions* 1: 1–6.

Einstein, S. and Garitano, W. (1972) 'Treating the abuser: problems, factors and alterations', *International Journal of the Addictions* 7: 321–31.

Fox, R. (1967) 'A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism', *American Journal of Psychiatry* 123: 769–78.

Fremouw, W. J. and Brown, J. P. (1980) 'The reactivity of addictive behaviors to self-monitoring: a functional analysis', *Addictive Behaviors* 5: 209–17.

Fuller, R., Branchey, D., Brightwell, R., Derman, C., Emrick, F., Iber, K., James, R., Lacoursiere, K., Lowenstam, I., Maany, D., Neiderhiser, J. and Shaw, S. (1986) 'Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans Administration cooperative study', *Journal of the American Medical Association* 256: 1449–55.

Glass, I. (1991) 'Alcoholic brain damage: what does it mean to patients?' *British Journal of Addiction* 86: 819–21.

Glatt, M. M. (1983) 'Alcohol dependence: the "lack of control" over alcohol and its implications', in M. Glatt and J. Marks, *The Dependence Phenomenon*, Lancaster: MTP Press.

Gossop, M. R. (1978) 'A review of the evidence for methadone maintenance as a treatment for narcotic addiction', *Lancet* 1: 812–15.

Gossop, M. R. (1981) *Theories of Neurosis*, Berlin; Heidelberg; New York: Springer.

Gossop, M. R. (1982) *Living with Drugs*, London: Temple Smith.

Gossop, M. (1987) 'Beware cocaine', *British Medical Journal* 295: 945.

Gossop, M. R. and Connell, P. H. (1983) 'Drug dependence: who gets treated?' *International Journal of the Addictions* 18: 99–109.

Gossop, M. R. and Eysenck, S. B. G. (1980) 'A further investigation into the personality of drug addicts in treatment', *British Journal of Addiction* 75: 305–11.

Gossop, M. and Grant, M. (1991) 'A six-country survey of the content and structure of heroin treatment programmes using methadone', *British Journal of Addiction* 86: 1151–60.

Gossop, M. R., Cobb, J. P. and Connell, P. H. (1975) 'Self-destructive behaviour in oral and intravenous drug dependent groups', *British Journal of Psychiatry* 126: 266–9.

Gossop, M. R., Eiser, J. R. and Ward, E. (1982a) 'The addicts' perceptions of their own drug-taking: implications for the treatment of drug dependence', *Addictive Behaviors* 7: 189–94.

Gossop, M. R., Strang, J. and Connell, P. H. (1982b) 'The response of out-patient opiate addicts to the provision of a temporary increase in their prescribed drugs', *British Journal of Psychiatry* 141: 338–43.

Gossop, M., Johns, A. and Green, L. (1986) 'Opiate withdrawal: in-patient versus out-patient programmes and preferred versus random assignment to treatment', *British Medical Journal* 293: 103–4.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1987) 'What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow-up study', *British Medical Journal* 294: 1377–80.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1989) 'Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment', *British Journal of Psychiatry* 154: 348–53.

Heather, N. and Robertson, I. (1981) *Controlled Drinking*, London: Methuen.

Hedberg, A. and Campbell, L. (1974) 'A comparison of four behavioural treatment approaches to alcoholism', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 5: 251–6.

Heather, N., Whitton, B. and Robertson, I. (1986) 'Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: six-month follow-up results, *British Journal of Clinical Psychology* 25: 19–34.

Hodgson, R. (1972) 'Behaviour Therapy', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism – New Knowledge and New Responses*, London: Croom Helm.

Hodgson, R. J. (1982) 'Behavioral psychotherapy for compulsions and addictions', in J. R. Elser (ed.) *Social Psychology and Behavioral Medicine*, New York: Wiley.

Hodgson, R. J. and Rankin, H. J. (1976) 'Modification of excessive drinking by cue exposure', *Behaviour Research and Therapy* 14: 305–7.

Hodgson, R., Stockwell, T. and Rankin, H. (1979) 'Can alcohol reduce tension?' *Behaviour Research and Therapy* 17: 459–66.

Hubbard, R., Marsden, M., Rachal, V., Harwood, H., Cavanaugh, E. and Ginzburg, H. (1989) *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Janis, I. and Mann, L. (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*, London: Collier Macmillan.

Jindra, N. J. and Forslund, M. A. (1978) 'Alcoholics Anonymous in a western US city', *Journal of Studies on Alcoholism* 39: 110–20.

Joe, G. W. and Simpson D. D. (1974) 'Research on patient retention in treatment', cited in J. B. Milby (1981) *Addictive Behaviour and its Treatment*, New York: Springer.

Kanfer, F. and Phillips, J. (1970) *Learning Foundations of Behaviour Therapy*, New York: Wiley.

Keller, M. (1972) 'On the loss of control phenomenon in alcoholism', *British Journal of Addiction* 67: 153.

Kissen, B., Platz, A. and Su, W. H. (1970) 'Selective factors in treatment choice and outcome in alcoholics', in N. K. Mello and J. H. Mendelson (eds) *Recent Advances in Studies of Alcoholism*, Washington: US Government Printing Office.

Kleber, H. D. (1981) 'Detoxification from narcotics', in J. Lowinson and P. Ruiz (eds) *Substance Abuse*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Kraft, T. (1969) 'Successful treatment of a case of chronic barbiturate addiction', *British Journal of Addiction* 64: 115–20.

Ling, W. and Wesson, D. (1984) 'Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a collaborative private practice experience', *Journal of Clinical Psychiatry* 45: 46–8.

Litman, G. (1980) 'Relapse in alcoholism', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism Treatment in Transition*, London: Croom Helm.

Litman, G. (1986) 'Alcoholism survival: the prevention of relapse', in W. Miller and N. Heather (eds) *Treating Addictive Behaviours*, New York: Plenum.

Marlatt, G. A. and George, W. (1984) 'Relapse prevention: introduction and overview of the model', *British Journal of Addiction* 79: 261–73.

Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (1985) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Mayer, J. and Myerson, D. J. (1971) 'Out-patient treatment of alcoholics: effects of status, stability, and nature of treatment', *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism* 32: 620–7.

Miller, W. R. (1977) 'Behavioural self-control training in the treatment of problem drinkers', in R. B. Stuart (ed.) *Behavioural Self-Management, Strategies, Techniques and Outcomes*, New York: Brunner/Mazel.

Miller, W. R. (1978) 'Behavioural treatment of problem drinkers: a comparative outcome study of three controlled drinking therapies', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 74–86.

Miller, W. (1983) 'Motivational interviewing with problem drinkers', *Behavioural Psychotherapy* 11: 147–72.

Miller, W. R. and Hester, R. K. (1980) 'Treating the problem drinker: modern approaches', in W. R. Miller (ed.) *The Addictive Behaviours*, New York: Pergamon.

Moos, R., Finney, J. and Cronkite, R. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*, New York: Oxford University Press.

Newman, R. G. (1977) *Methadone Treatment in Narcotic Addiction*, New York: Academic Press.

O'Brien, C. and Childress, A. R. (1991) 'Behaviour therapy of drug dependence', in, I. Glass (ed.) *Addiction Behaviour*, London: Routledge.

O'Brien, C. P. and Greenstein, R. A. (1981) 'Treatment approaches: opiate antagonists', in J. H. Lowinson and P. Ruiz (eds) *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*, Baltimore: Williams and Wilkins.

O'Brien, C., Chaddock, B., Woodey, G. and Greenstein, R. (1974) 'Systematic extinction of addiction-associated rituals using narcotic antagonists', *Psychosomatic Medicine*, 36: 458.

Orford, J. (1985) *Excessive Appetites*, New York: Wiley.

Orford, J., Oppenheimer, E. and Edwards, G. (1976) 'Abstinence or control: the outcome for excessive drinkers two years after consultation', *Behaviour Research and Therapy* 14: 409–18.

Pattison, E. M. (1976) 'Non-abstinent drinking goals in the treatment of alcoholism', *Archives of General Psychiatry* 33: 923–30.

Pattison, E. M. (1977) 'Ten years of change in alcoholism treatment and delivery', *American Journal of Psychiatry* 134: 261–6.

Polich, J. M., Armor, D. J. and Braiker, H. B. (1981) *The Course of Alcoholism*, New York: Wiley.

Powell, J., Gray, J., Bradley, B., Kasvikkis, Y., Strang, J., Barratt, L. and Marks, I. (1990) 'The effects of exposure to drug-related cues in detoxified opiate addicts: a theoretical review and some new data', *Addictive Behaviors* 15: 339–54.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1982) 'Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change', *Psychotherapy, Theory, Research and Practice* 19: 276–8.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1983) 'Stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 5: 390–5.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1986) 'Toward a comprehensive model of change', in, W. Miller and N. Heather (eds) *Treating Addictive Behaviors*, New York: Plenum.

Raw, M. (1978) 'The treatment of cigarette dependence', in Y. Israel, F. Glaser, H. Kalant, R. Popham, W. Schmidt and R. Smart (eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Vol. 4*, New York: Plenum.

Scott, D. and Goldberg, H. (1973) 'The phenomenon of self-perpetuation in Synanon-type drug treatment programmes', *Hospital and Community Psychiatry* 24: 231–3.

Selzer, M. L. (1967) 'The personality of the alcoholic as an impediment to psychotherapy', *Psychiatric Quarterly* 41: 38–45.

Siegel, S. (1983) 'Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence', in R. Smart, F. Glaser, Y. Israel, H. Kalant, R. Popham and W. Schmidt (eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York: Plenum.

Sobell, L. C. and Sobell, M. B. (1973) 'A self feedback technique to monitor drinking behaviour in alcoholics', *Behaviour Research and Therapy* 11: 237–8.

Stewart, J., de Wit, H. and Eikelboom, R. (1984) 'Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants', *Psychological Review* 91: 251–68.

Teasdale, J. (1972) 'The perceived effect of heroin on the interpersonal behaviour of heroin-dependent patients, and a comparison with stimulant-dependent patients', *International Journal of the Addictions* 7: 533–48.

Teasdale, J. (1973) 'Conditioned abstinence in narcotic addicts', *International Journal of the Addictions* 8: 273–92.

US institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, Washington: National Academy Press.

van Bilsen, H. (1988) 'Motivating drug users to change', in G. Bennett (ed.) *New Directions in the Treatment of Drug Abuse*, London: Routledge.

van Bilsen, H. and van Emst, A. (1986) 'Heroin addiction and motivational milieu therapy', *International Journal of the Addictions* 21: 707–13.

Voegtlin, W. L. (1940) 'The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex', *American Journal of Medical Sciences* 199: 802–10.

Vogler, R. E., Compton, J. V. and Weissbach, T. A. (1975) 'Integrated behaviour change techniques for alcoholism', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 233–43.

Wallerstein, R. S. (1956) 'Comparative study of treatment methods for chronic alcoholism', *American Journal of Psychiatry* 113: 228–33.

Washton, A., Pottash, A. and Gold, M. (1984) 'Naltrexone in addicted business executives and physicians', *Journal of Clinical Psychiatry* 45: 39–41.

Wiens, A. N., Montague, J. R., Manaugh, T. S. and English, C. J. (1976) 'Pharma cological aversive counter-conditioning to alcohol in a private hospital: one year follow-up', *Journal of Studies on Alcoholism* 37: 1320–4.

Wikler, A. (1948) 'Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction', *American Journal of Psychiatry* 105: 329–38.

Wilker, A. (1965) 'Conditioning factors in opiate addiction and relapse', in D. Wilner and G. Kassenbaum (eds) *Narcotics*, New York: McGraw Hill.

Wikler, A. (1980) *Opioid Dependence*, New York: Plenum.

Wikler, A., Fraser, H. and Isbell, H. (1953) 'N-Allylnormorphine: effects of single doses and precipitation of acute abstinence syndromes during addiction to morphine, methadone or larine in man (post-addicts)', *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 109: 8–20.

Wille, R. (1980) 'Case studies I. Natural processes of recovery', in G. Edwards and A. Arif (eds) *Drug Dependence in a Socio-Cultural Context*, Geneva: WHO.

Wilson, G. T. (1978a) 'Booze, beliefs and behaviour: cognitive processes in alcohol use and abuse', in P. E. Nathan, G. A. Marlatt and T. Loeberg (eds) *Alcoholism: New Directions in Behavioural Research and Treatment*, New York Plenum.

Wilson, G. T. (1987b) 'The importance of being theoretical: a commentary on Bandura's "Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioural change"', *Advances in Behaviour, Research and Therapy* 1: 217–30.

Woody, G. E., O'Brien, C. P., McLellan, A. T. and Mintz, J. (1981) 'Psychotherapy for opiate addiction: some preliminary results', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 362: 91–100.

Zuska, J. and Pursch, J. (1980) 'Long-term management', in S. Gitlow and H. Peyser (eds) *Alcoholism: A Practical Treatment Guide*, New-York: Grune and Stratton.

الفصل الواحد والعشرون

فحص مشكلات المسنين

Problems in the elderly investigation

R. T. Woods ر . ت . وودز

الفصل الواحد والعشرون

فحـــص مشـــكلات المســـنين

ر . ت . وودز **R. T. Woods**

مقدمة :

يتزايد فى الوقت الراهن للغاية عدد الأشخاص المسنين ، وهناك أناس أكثر وأكثر يعيشون لما بعد الخامسة والسبعين . وقد استقر الآن النمو السريع الذى حدث فى وقت سابق لمجموعة من يتجاوزون الخامسة والستين . والزيادة فى حجم هذه المجموعة من المسنين مهم على وجه الخصوص ؛ فالارجح أنهم الأوسع استخداماً للخدمات الصحية والاجتماعية مقارنة بأصحاب المرحلة العمرية من ٦٥ إلى ٧٤ عاماً، وينظر إلى هذا الأمر فى بعض قطاعات المجتمع باعتباره يمثل أزمة ، وهو يمثل بالنسبة للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين تحديا مهمّا لهم لكى ليطوروا طرقًا يمكن أن تسهم فى سعادة ورفاهية المسنين ، وأولئك الذين يقومون برعايتهم .

ومن بين الأمور المشجعة حقيقة أن أغلب المسنين ليسوا واهنين ، ولا شديدى الاعتمادية أو مشوشى الذهن ؛ فثلاثة ارباع من يتجاوزون الخامسة والسبعين لا توجد لديهم ، على سبيل المثال ،أية درجة من درجات العته (١). والواقع أن دراسات التوافق فى مرحلة الشيخوخة دائمًا ما تحدد مجموعة كبيرة من فائقى السواء بين المسنين جيدى التوافق ، والناضجين والقادين . ويوجد قدر مهم من الإمكانات غير المطروقة لمساعدة الذات لدى المسنين . ومن بين أولئك الأكثر قدره من هم فى حاجة إلى المساندة. ومن الأمور المشجعة أيضًا ذلك التباين الضخم فى الأهتمامات ، والقدرات ، والآراء ، والخبرات ، والصحة ، ونمط الحياة بين المسنين ، إذ كان الوقت متاحًا لديهم لتطوير كل ذلك خلال مسارات متعددة أكثر ، مما هو متاح لدى الأصغر عمراً ، وتغطى فترة الشيخوخة فى أغلب الأحوال مدى عمريًا يصل إلى ثلاثين عامًا . والعمر الزمنى منبئ غير مُحكم للصحه البدنية والعقلية ، ولهذا فإن أى تعميم حول المسنين يحتمل أن يكون مضللاً ، ويحتاج لما يبرره .

ولا يعد كبر العمر مرضًا بأكثر مما تعد الطفولة مرضًا ، وقد يصف البعض هذه المرحلة باعتبارها المرحلة الارتقائية قبل الأخيرة . ولا يحتاج كل المسنين لتقييم أو علاج ، وكما هو الأمر مع الناس الأصغر عمراً ، لابد أن يكون هناك سبب معين يدعو للتدخل النفسى .

ودائما ما كان التقييم السيكومترى هو المهمة الرئيسية للأخصائى النفسى الأكلينيكى مع المسنين، وأصبح من السائد الآن علاج المسنين والتعامل مع مشكلاتهم ومشكلات أولئك الذين يقومون برعايتهم ، ومع ذلك يظل التقييم النفسى مهمًا : فأى برنامج علاجى ذو قيمة يتعين أن يعتمد على تقييم

(1) Dementia.

وصياغة دقيقة . وعلى الرغم من ذلك يتعين إعادة تقييم الأسئلة والاهتمامات ، التى يدور حولها التقييم النفسى ومضمونه. ويقدم كتاب بيتش وهاردنج Beech and Harding (1990) المعنون « تقييم المسنين » (١) مراجعة مفيدة لعدد من مقاييس التقييم النوعية شائعة الاستخدام مع المسنين بالإضافة إلى مناقشة للقضايا العامه .

لماذا نختبر المسنين ؟

كان الانشغال الأولى بالتقييم النفسى للمسنين هو التشخيص الفارق بين الاكتئاب والعته على وجه الخصوص . وعلى الرغم من ذلك فقد استخدم التقييم الاصطلاحى لعدد من الأغراض الأخرى :

- استخدم لقياس احتمال حدوث تدهور فى الوظائف المعرفيه ومدى هذا التدهور .
- للكشف المبكر عن مرض الزايمر (٢) ، وأنواع العته الأخرى .
- لتحديد وتمييز خصائص الآفات المعرفيه واشكال العته المختلفة .
- لملاحظة التغير على مدى الزمن (لوصف التاريخ الطبيعى للعته على سبيل المثال) .
- لتقييم استجابة الشخص المسن لمجال من التدخلات (مثل : التدريبات ، وبعض العقاقير ، والتدخل النفسي) ، واختبار الآثار الجانبية (لمضادات الاكتئاب على الذاكره مثلا) .
- تحديد المرضى الذين تناسبهم علاجات معينه .
- لأختيار الأماكن والخدمات المناسبة للمسنين .
- توفير إجابات للمسنين والقائمين على رعايتهم حول مصادر القوة والضعف لديهم (بما فى ذلك الآفات النفسية العصبية (٣)) ، وكذلك حول الاستراتيجيات التعويضية الممكنة .

ويتعين وضع تمييز أساسى بين التقييم التشخيصى والتقييم الوصفى ، والأخير هو الهدف ذو الأولوية فى تمييز وتحديد وضع المريض فى فئه أو أخرى . بينما يهدف الأول رسم البروفيل الخاص بالأداء النفسى ، نمط القدرات والآفات ، وهو يوفر بالتالى معلومات مُمكنه الاستخدام لعدد من الأهداف التى سبق الإشارة إليها . ويتعين دائمًا أن يكون هدف أى تقييم موضحًا بعناية ، وحيث تشير الإستراتيجيات والإجراءات المختلفة إلى أهداف مختلفة .

التقييم التشخيصى

استُهلك قدر كبير من الطاقة على مدى أعوام لتطوير اختبار ، يمكن أن يميز بين مجموعات المرضى المسنين ، ممن شخصوا على أن لديهم اكتئابًا أو عتهًا ، وهو الأمر الأكثر أهمية لأختبار وتقييم الحالات الفردية ، على أن تكون لمثل هذا الاختبار معدلات خطأ منخفضة فى تحديدة فئه الشخص . والأمثلة لهذا الاختبار تتضمن مؤشرات مقياس وكسلر لذكاء الراشدين العديدة ، واختبارات التعلم والسرعه (مثل: اختبارات كيندرك المعرفيه للمسنين (٤)) ، والتى ستناقش بتفصيل أكبر فى الأجزاء التالية .

(1) Assessment of the elderly .
(2) Alzheimeris Disease.
(3) Neuropsychological deficits.
(4) The Kendrick Cognitive tests for the elderly.

وهناك صعوبة رئيسية تتمثل فى أن الاختبارات صممت وقننت على حالات اكتئاب وعته محددة تماماً. أما الحالات الحقيقية (أى الأقل تحدداً)، والتى يكون التقييم النفسى مطلوباً فيها للمساعدة على التشخيص، فقد استبعدت من مجموعات التقنين. ونمطياً، وعندما يكون هناك شك فى التشخيص، تكون نتائج الاختبارات النفسية ملتبسه، وهو الأمر الذى تبينه اختبارات كيندرك، التى تحدد بطريقة دقيقة تقريباً الحالات الحادة المحددة تماما. بينما تخطئ تصنيف حوالى نصف أفراد العينة من المرضى السيكاتريين ممتدى الإقامة. (Kendrick et al., 1979; Gibson et al ., 1985)

يجب أيضاً وضع المعدلات القاعدية [1] فى الاعتبار، فالقيمة التشخيصية للاختبار تعتمد على القدر النسبى من المجموعات التشخيصية، التى تحتاج بالفعل لأختبارها؛ فالترجيح الكبير لمجموعة يعنى مستوى مرتفعاً بقدر متطرف من التمييز، وهو الأمر المطلوب من الاختبار، إذا كان يتوقع أن يكون أكثر كفاءه من مجرد تمكنه من إدراج كل المرضى فى المجموعة التشخيصية المتطرفة التكرارات. وتحتاج النقاط المميزه أو القاطعة [2] لفئات التشخيص المتعدده لأن تحدد موضوعيا بناء على هذه المعدلات القاعدية.

ويؤدى استخدام التشخيص الأكلينيكى كمحك لصدق الاختبار إلى خطأ لا يمكن تجنبه؛ حيث يستحيل أن يتسم التشخيص الأكلينيكى بالثبات. وعادة، وهو ما تبين من خلال ثمانية عشر دراسة، ما يعاد تشخيص ١٠ فى المئة من الحالات، التى شُخصت بدايه على أنها عته عضوى [3]، بعد ذلك على أنها اكتئاب (De Rosiers, 1992). ولن يكون من الصواب تحديد صدق الاختبارات مقابل التشخيص الأكلينيكى، الذى يتم فقط خلال لحظة زمنية واحدة. ولكى نفحص الفروق بين الأشكال المختلفة من العته يحتمل أن يكون من الضرورى الاعتماد على الصدق المتأخر [4] للتشخيص الأكلينيكى، عندما يحدث مستقبلاً.

وبينما يكون استخدام الاختبارات التشخيصية أمراً مُشكلاً، إلا أنه، على الرغم من ذلك، قيمة؟ ويتعين أن توضع فى الاعتبار البدائل التشخيصية الأخرى. ويؤدى تشخيص الاكتئاب فى الوقت الراهن إلى بعض انواع العلاج، بينما يؤدى تشخيص العته عادة إلى إثارة التنبؤات، حول المآل الضعيف والتدهور. وهناك الكثير الذى يجب أن يقال حول عدم استخدام تعبير عته فى الحالات المشكوك فيها، وحول الاتجاه دائماً إلى علاج الاكتئاب عندما يكون واضحاً، دون اعتبار للوضع المعرفى. وإذا كان العته موجوداً أيضاً (والعته والاكتئاب بكل المعاييرمستقلين تماماً) فإنه سيكون واضحاً. بينما سينتفى الشك، حول التدهور العقلى بعد العلاج الناجح للأكتئاب فى الكثير من الحالات. وقد يؤدى التطور فى عديد من أشكال التدخل الفارماكولوجية فى الكثير من حالات العته، خلال السنوات القليلة القادمة إلى جعل مثل هذه القرارات أكثر تعقيدا.

والإحجام عن استخدام الاختبارات النفسية بوصفها اختبارات تشخيصية هو تذكير جيد لحقيقة أن التشخيص يتضمن الجمع بين أنماط متعددة من المعلومات، حول الشخص، الذى تكون نتائج اختباره المعرفى مصدر واحد فقط. وفى هذا التشخيص الفارق دائماً ما تكون بعض الملامح الأخرى، مثل: المزاج، وتاريخ الاضطراب وغيره متعلقة بالقدر نفسه، الذى تتعلق به الحالة المعرفية.

(1) Base Rates .
(2) Cut . off Points .
(3) Organic dementia.
(4) Post - mortem .

التقييم الوصفى

سيتم التركيز هنا على الجوانب الوصفية للأداء النفسى للمريض ، والتغيرات التى تحدث فيه . وقد يظل ذلك معاونًا للتشخيص . والفرق هنا هو أن الدرجة الضعيفة على أختبار للتعلم مثلاً ، ستؤدى على الفور إلى تقييم للأسباب المحتمله للفشل . وليس إلى تقرير تشخيصى ، يحتمل أن يعكس فقط واحداً من التغيرات العديدة للأداء الضعيف على الاختبار .

وللتقييم الوصفى مشكلاته الخاصة ، والتى ربما تكون نتيجة للتأكيد التقليدى على الأختبار التشخيصى، وقد يكون مجال الأداء النفسى الذى يمكن تقييمه بالفعل محدوداً للغاية ، كما أن تأثيرات الاستخدام المتكرر للكثير من الاختبارات ، والعلاقة بين نتائج الاختبارات والسلوك فى الحياة الواقعة لم يتم التأكد منه بعد .

وإذا أتُبع هذا الأسلوب من التقييم ، فسيصبح من الممكن على الرغم من ذلك ، توفير إسهام نفسى متميز فى مجال العناية بالمرضى المسنين . ويؤدى تقييم التغير فى الوظائف إلى المساعده فى تقييم تأثيرات التدخل (النفسيه أو غيرها) ، أو تقدير معدل التغير مثلاً فى حالة شخص لديه عته يحتاج لتقييم . ويمكن للوصف التفصيلى للمستويات الراهنة وأنماط القدرات والآفات والتغيرات فى كل ذلك على مدى الزمن أن يكون معينًا فى ارشاد المرضى و/ أو الذين يقومون برعايتهم .

وقد يساعد ذلك أيضاً على تطوير استراتيجيات للتوافق مع الافات أو للتغلب عليها (Volans and woods, 1983) . ويمكن تقدير صدق التقييم الوصفى من خلال قوته التنبؤية فى حالات محددة ، مثال ذلك عند استخدامه ، لتعيين وتحديد مواقع الحصول على العلاج أو خدمات المساندة أو لقياس معدل التدهور .

الشيخوخة السويه

يتطلب إضفاء معنى على التقييم النفسى الوصفى بعض المعرفة بالتغيرات المرتبطة بالعمر ، لدى الأشخاص الأسوياء المسنين . وقد قدم سيتوارت – هاميلتون (1991) Stuart - Hamilton ، وكيميل (1990) Kimmel مراجعات جيدة حول الموضوع ، ويتضمن المرجع الشامل لبيرن وشائى Birren and schaie (1990) مراجعات تفصيلية ، وستتم هنا مناقشه القضيه المحوريه .

النتائج المضللة لمقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين (WAIS - R)

تظهر معايير مقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين أن قمة نسبة الذكاء تكون حول عمر الخامسة والعشرين ، ثم يحدث انخفاض ثابت حتى عمر الخامسه والستين أو حول ذلك قبل أن ينخفض بسرعه أكبر . وهذه الفروق العمرية هى التى أمكن التوصل إليها من خلال المنهج العرضى (١) ، المستخدم فى اختبار مجموعات من المفحوصين ، فى كل الاعمار عند نقطة زمنية معينة . وحيث تقارن – مثلاً – مجموعة الأفراد الذين ولدوا عام ١٩٥٠ بمجموعة الأفراد الذين ولدوا عام ١٩١٥ ، فلن يختلف الأفراد عندئذ وببساطة من حيث العمر فقط ، ولكن من حيث العناية الصحية المبكرة ، والتغذية ، والسكن ، والتعليم ، وفرص التوظف ... الخ. وتؤدى الدراسة الطولية (٢) للمفحوصين أنفسهم بعد عدد من السنين إلى مؤشرات أفضل للتغيرات العمرية . والقيام بدراسة طولية على المدى العمرى يجعل النتائج قاصرة على

---

(1) Cross - Sectional
(2) Longitudinel.

الاختبارات التى كانت متاحة بداية ،كما ويحتاج إلى الكثير من الباحثين . وقام أوينز owens (1966) بمتابعة مفحوصين ، طبق عليهم اختبار ألفا للجيش (١) وهم فى الثامنة عشر من اعمارهم ، وقد أظهروا تحسناً فى أدائهم بعد ثلاثين عاما ، ثم اظهروا انخفاضا قليلا فى عمر الواحد والستين ، وهى مؤشرات تتناقض مع معايير وكسلر . وتظهر الدراسات على المفحوصين الكبار على مدى فترات بين ٧ ، ٢٠ عاماً بعض الانخفاض ، الذى يكون عادة فى الدرجات الأدائية ، وهو يظهر فى الستينيات ، مع إنخفاض فى درجات المقاييس اللفظيه لدى المفحوصين الأكبر . كما يمكن أن تكون النتائج الطولية مضللة أيضاً نتيجه لتأثيرات التدريب ، والألفه بالاختبار المعين ، وموقف الاختبار. كما أن الحالات الانتخابية المستبعدة تعد مشكلة هى الأخرى ؛ فالمفحوصين الذين يتاح إعادة اختبارهم هم أولئك الذين كانت درجاتهم الأولى أكثر ارتفاعاً من اؤلئك الذين خرجوا من الدراسه (Siegler and Botwinick, 1979) . ومع كل مره من مرات اعاده الاختبار ، تتزايد انتخابية العينة .

وقد نجح شائى وزملاؤه Schaie et al. (1990) من خلال سلسلة من الدراسات التقليدية فى الجمع بين المنهجين ؛ فقد اختبر مفحوصين من كل المجموعات العمرية فى البداية ، ثم أعيد اختبارهم بعد سبعة أعوام ، وأربعة عشر عاماً ، وواحد وعشرين عاماً . وتم القيام بهذه الدراسات العرضية الاربعة على كل من المفحوصين أنفسهم (دراسة طولية أو اختبار متكرر) وعلى مفحوصين جُدد (قياسات مستقلة) فى هذه الدراسه ذات التصميم « عبر التتابعى » (٢) . وقد اظهر القياس الطولى تدهوراً أقل ، وأظهر القياس العرضى درجه أكبر من التدهور ، بينما احتل القياس المستقل مكانة متوسطة . وقد ظهر التدهور فى فترة أبعد ، مما تؤكده معايير وكسلر لذكاء الراشدين ، حول عمر الخمسين فى بعض الوظائف ، وحول الستين أو السبعين فى البعض الآخر .

والنقطة الجوهرية فى هذا البحث المعقد ، وحيث ثبت فى الواقع استحالة الكشف عن كل المتغيرات المتضمنة ، هى أن هذه المجموعة من الفروق يمكن أن تكون كبيرة بقدر التغيرات العمرية على مدى الحياة ، وهذا التأكيد الذى خرجت به مطلوب لاستمرار تحديث المعايير العمرية .

التغيرات متعددة الأبعاد

مهما كانت المنهجية المستخدمة فى اختبار المسنين ، يبدو أن هناك وظائف مختلفة تميل للتدهوربمعدلات مختلفة . وتتدهور القدرات اللفظية ، والقدرات المدمجة جيدة التعلم – القدرات المبلورة (٣) –ببطء أكبر من القدرات الخام (٤) بما فى ذلك مرونه الاستدلال فى المواقف الجديدة . ويبدو أن سرعة العمليات العقلية تتأثر على وجه الخصوص فى مستوى مركز اتخاذ القرارات ، وليس فى مستوى الاستجابات الطرفية البسيطة فقط . ويثور نقاش حول ما إذا كان هذا البطء مسئولاً تماماً عن الفقدان المبكر للقدرات الأدائية ، وحيث دائماً مايوجد تاكيد على سرعة الأداء ، باعتباره عامل جوهرى .

ودائماً مايدافع عن أن الاختبارات الحالية تعتمد على تلك المكتسبات التعليمية والوظيفية ، ذات القدرة التنبؤية لدى الراشدين والاطفال . وإذا اختبرت القدرات الأكثر صلة بالمطالب المعرفية لدى المسنين،

(1) Army Alpha.
(2) Cross - Sequential Design.
(3) Crystallised.
(4) Fluid.

فيجب توقع أن تظهر زيادة فى القدرات ، وفى المعارف الخاصة بالمعلومات العملية (Demming and Pressey, 1957) أو فى الحكمة والقدرات المتكاملة .

الفروق الفردية

هناك تباين كبير فى معدل تغير القدرات العقليه بين المسنين ، ويحتاج الأمر تمييزاً بين العمر الزمنى والعمر الوظيفى (١) ؛ فعلى الرغم من أن الأعمار الوظيفية (الأدائية) ستكون أكثر دقة ، إلا أن الجوانب المختلفه تتغير بمعدلات مختلفة . وقد أوضح شائى (1990) Schaie أن الأغلبية العظمى من المسنين يظهرون استقراراً فى بعض مجالات الاداء الوظيفى على مدى فترة ، تمتد لسبع سنوات على أقل تقدير . وأن نمط التغير غالباً ما يختلف جوهرياً بين الأفراد . وقد أوضح هولند ورابيت Holland and Rabbitt (1991) ، باستخدام بيانات من اختبار مدى الأرقام عبر مجموعات عمرية مختلفة ، أنه بينما يتناقص متوسط الدرجات مع العمر ، إلا أن هناك زيادة ملحوظة فى التباين مع العمر – أى بينما يتدهور البعض ، يظل البعض الآخر كما هم ، أو تتحسن وظائفهم – إذاً فهناك فروق بين الأفراد ، كما أن هناك بالمثل فروقاً فى بروفيل أداء الفرد الواحد . وهناك الآن اعتراف أن فرداً ما يمكن أن يحافظ على قدرات أخرى ، أو يطورها فى مجال معرفى معين ، ربما من خلال الاهتمامات أو الخبرة أو الإمكانات ، بينما يظهر التدهور فى مجالات أخرى . وقد تم وصف هذه العمليات باعتبارها تكبيلاً أو قمعاً (٢) (Rabash et al ., 1986) وقد وجدت بالمثل فى أعمال بالتس وليندنبرجر (1988) Baltes and lindenberger فى الانتخابية المثلى (٣) ، وحيث يبدو أن المسنين يزيدون إلى الحد الاقصى من استخدامهم لمصادرهم المعرفية المنخفضة ، من خلال التركيز على مجالات ومهام ، ذات معنى وقيمة وقابلية للتطبيق بالنسبة لهم ، وبالتالى يمكن أن يتحسن الأداء من خلال توفير مرونة ودافعية ملائمة مع رؤية جوهرية ، لمرونة الوظائف . ويصبح الحديث فى هذه الحالة بمفاهيم العمليات المفردة مضللا . وهناك أيضاً عدد من العوامل الأخرى ، التى يجب أن توضع فى الاعتبار لفهم مجموعة المتوسطات المنخفضة للمسنين ، على اختبارات المهام المعرفية. وتتضمن العوامل الموقفية كلاً من التعب (Furry and Baltes, 1973) والحذر (Birkhill and schaie, 1975) ، بالإضافة إلى أن المسنين يقيمون اداءهم الشخصى بطريقة أكثر سلبية (Bellucci and Hoyer, 1975) . ومن المهم فحص استراتيجيات الاشخاص المسنين واتجاهاتهم نحو المهام ، التى تطلب منهم وإدراكاتهم لما يتوقع منهم ، وليس مجرد مستوى أو سرعه أدائهم . (Rabbitt, 1982)

ومن بين العوامل ذات الصلة بالأداء المعرفى المنخفض ، والتى تعمل على مدى طويل الصحة الجسمية ، والتى تعد عاملاً جوهرياً ، مثال ذلك ما أوضحه ويلكى وايذدورفر Wilkie and Eisdorfer (1971) ، وهو أن المفحوصين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٠ – ٦٩ ، ممن يعانون من ضغط الدم الانبساطى المرتفع (٤) ، يظهرون تدهوراً أكبر فى أدائهم على اختبار وكسلر لذكاء لراشدين ، على مدى عشر سنوات مقارنة بأولئك ،الذين يكون ضغط دمهم عادياً . وقدم هولند ورابيت Holland and Rabbitt (1991) مراجعه للتراث البحثى حول تأثيرات مجموعة كبيره من المشكلات الصحيه ، والأمراض النفسيه ومرض السكر ، والتوتر المرتفع إلخ ، على الأداء المعرفى لدى المسنين ، وكانت ظاهرة الانهيار النهائى (٥)

---

(1) Functional age.
(2) Encapsulation.
(3) Selective optimization.
(4) Diastolic blood pressure.
(5) Terminal drop.

– وهو تدهور فى الوظائف المعرفية فى السنوات السابقة على الوفاة – ذات صلة (وربما ذات علاقة) وقد لوحظت على مدى عشر سنوات قبل الوفاة (انظر (Stuart - Hamilton, 1991) . وقد يؤثر أيضاً ، كل من النشاط البدنى والعقاقير التى يتعاطاها الشخص فى أداءه المعرفى ، ويكون لهذا بدوره علاقة بمشكلات الصحة الجسمية. وأخيراً أصبح من الأمور المستقرة وجود التأثيرات المعرفية للاضطرابات السيكايترية ، العضوية والوظيفية معًا . وأيه عينة ممثلة من المسنيَن ، يمكن أن تتضمن ما يصل إلى ٢٥ فى المئة ، ممن لديهم اضطرابات سيكايترية (اعتماداً على تعريف الاكتئاب) . ويمكن فهم قدر جوهرى من التغاير الفردى، من خلال العوامل المتنوعة التى تؤدى إلى الفقدان المعرفى لدى المسنين . والعمر فى حد ذاته ليس متغيراً سببياً ، إنه فقط مجرد مؤشر أولى للأحداث والعمليات الأخرى ، التى تحدث عبر الزمن .

تقييم القدرات المعرفيه

الأداء العقلى [1]

هناك مقياسان للأداء العقلى العام ، يستخدمان على نطاق واسع ، هما : المصفوفات المتدرجة لريفن [2] (المعيارية والملونة) ، ومقياس الميل – هيل للمفردات [3] (Raven et al., 1976) ، وهما يوفران مؤشرات للأداء والمستويات العقلية اللفظيه على التوالى . كما انهما مقياسان بسيطان للغايه وسريعان فى تطبيقهما . وتتوفر عليهما معايير محددة لكبار السن (Orme, 1957). أما مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS) ، فهو يستهلك قدراً أكبر من الوقت ، ويتطلب فاحصا على مستوى عالٍ من التدريب ، إلا أنه يقيس تنوعًا أكثر ثراءً من المهارات والأساليب ، وحيث أن هذه المقاييس تطبق فردياً ، يصبح الفاحص قادراً على ملاحظة توجه المريض إلى المهام المطلوبة ، والتفكير فى الفروض البديله للآفات الواضحة .

وقد قننت الصورة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (الـ WAIS - R) فى الولايات المتحدة على عينة ممثلة من الراشدين حتى عمر ٧٥ عاماً ، وعند اختبار شخص ما من عمر أكبر من هذا ، توجد معايير متاحة الان للمجموعات العمرية من ٧٥ – ٧٩ عاماً ، ولأولئك الذين يبلغون الثمانين أو أكثر (Rayan et al., 1990) ولمقياس وكسلر لذكاء الراشدين الاصلى (Wechsler, 1955) معايير لما بعد الـ ٧٥، لها بعض الاستخدامات (Savage et al., 1973) . وعلى الرغم من ذلك ، وفى ضوء مجموعة المؤثرات، التى سبق وصفها ، يتعين استخدام هذه المعايير فقط لإعادة اختبار مريض ، سبق أن أختبر من قبل باختبار وكسلر لذكاء الراشدين ، ويعد اختبار وكسلر لذكاء الراشدين اختباراً طويلاً بالنسبة للمسنين . وقد قام كراوفورد وزملاؤه Crawford et al.(1992a) بتقييم عدد من الصور المختصرة على عينة من الأسوياء ، تعكس التوزيع العمرى فوق السادسة عشر فى المملكة المتحدة . ولهذا فإن حوالى ربعهم يكونون فوق الستين ، وقد قدموا معادلات انحدار [4] وجداول لحساب نسبة الذكاء الكلية واللفظيه والأدائية، من خلال صور تتكون من اختبارين فرعيين ، وأربعة اختبارات ، وسبعة اختبارات .

وعمومًا ، فبقدر زيادة المقاييس الفرعية ، بقدر تحسن إمكانية التنبوء . وبالنسبة للمسنين على وجه الخصوص ، فإن الصورة المكونة من أربعة مقاييس فرعية (هى الفهم والمفردات وتصميم المكعبات وتجميع الأشياء) التى طورها برايتون وسافيج (1966) Britton and Savage لوكسلر لذكاء الراشدين، وفقًا لمعادلات كراوفورد وزملائه ، يمكن استخدامها بقدر من الثقة مع اختبار وكسلر المعدل لذكاء

(1) Intellectual function.
(2) Raven Progr essive Matrices.
(3) Mill Hill Vocabulary Scale.
(4) Regression equations.

الراشدين . ويقترح كراوفورد وزملاؤه إحلال المتشابهات بدلا من المفردات ، حيث أن الأخير اقل استخداماً بوصفه قائمًا على الاداء قبل المرضى [1] (انظر ماسيأتى لاحقا) . وستوفر الاختبارات الفرعية اللفظية والادائية المتضمنه فى هذه الصور المختلفة تقديراً جيداً للعوامل اللفظية والتنظيم الإدراكى ، والتى تبرز بثبات مرتفع فى دراسات التحليل العاملى لأختبار وكسلر المعدل لذكاء الراشدين (Crowford et al., . 1989)

وقد أنفق قدر كبير من الجهد فى تطوير طرق ، لقياس ما إذا كان المستوى الحالى للأداء العقلى للشخص يعبر عن تدهور عن مستويات سابقه أم لا . وفى ضوء المناقشة السابقة عن المسارات مختلفة الانحناء لمجالات متميزة من الأداء المعرفى ، على مدى العمر ، يحتمل بالأحرى أن يكون ذلك اتجاهاً تبسيطياً ، غير أن له صلة اكلينيكية من خلال علاقته بالاضطرابات المصاحبة للتدهور المعرفى العام ، وهناك مراجعة لعدد من الاستراتيجيات المتاحة ، قام بها فاندن بروك وبرادشو Van den Broek and Bradshaw (1990).

ونموذجياً يجب عقد مقارنة بين تقييم الأداء العقلى للشخص خلال مرحلة أواسط العمر ؛ حتى يمكن تقدير التدهور ، غير أن مثل هذا التقييم نادر ، هذا إذا كان متاحاً على الإطلاق . والبديل عن ذلك هو أن يعامل التقييم الحالى بأعتباره قاعدياً [2] ، ثم يعاد بعد فترة ملائمة لتوضيح ما اذا كان هناك أى تدهور قد حدث . ولن يكشف هذا الأسلوب الأخير عن تغيرات غير متدرجة ، تحدث قبل الأختبار الأول . وفى كل الحالات ، هناك قدر مطلوب من الحذر . وكلما كان ممكنا يتعين استخدام المقياس نفسه فى كل مرة ؛ حيث إن كل اختبار من اختبارات الأداء العقلى يمكن أن يؤدى إلى فروق بسيطة فى نسبة الذكاء المقدرة . كما يتعين أن يؤخذ فى الاعتبار تأثير المرانة والتباين السوى فى الأداء المعرفى . وقد تعنى هذه الاعتبارات أن قدراً كبيراً من الصدفة – حوالى ١٥ نقطة نسبة ذكاء – قد توجد ، ويتعين أخذها فى الاعتبار أكلينيكياً .

ويمكن توفير بعض مؤشرات الأداء قبل المرضى ، من خلال المتغيرات الديموجرافية مثل العمل ، ومستوى التعليم ، إلخ . وقد جرت محاولات لتطبيق معادلات الانحدار ، بهدف التوصل إلى منبئات كمية باستخدام هذه المتغيرات ، وقد حققت قدراً محدداً من النجاح مع الجيل الحالى من المسنين على وجه الخصوص ، حيث كانت الفرص التعليمية متاحة بالنسبة لهم بدرجه أقل انصافا مما هى فى الوقت الراهن. وتميل هذه المؤشرات لعدم الثبات فى الحالات الفردية . ويمكن استخدامها بالمعنى الإيجابى ، أى بالنسبة لشخص مسن ، كان جيداً فى المدرسه الثانوية ، وفى أدائه فى احدى الوظائف ، وحيث يفترض بشكل آمن أنه أعلى من المتوسط فى المستوى العقلى ، وعلى الرغم من ذلك . فلا يمكن وضع أية افتراضات حول شخص ترك المدرسة فى عمر الرابعة عشر ، وعمل على سبيل المثال عاملاً .

وهناك منحى آخر يستخدم التدهور الفارق الواضح فى جوانب مختلفة من الأداء المعرفى . وقد ابتكر عدداً من المعادلات ؛ لمقارنة درجات المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين ، والتى يعتقد أنها ثابته والأخرى التى لا تعد ثابتة ؛ [3] للتوصل إلى نسب تدهور [4] مختلفة . كما قورنت نسبة الذكاء اللفظية والأدائية للتوصل إلى احتمالات وجود تعارض بين درجات اللفظى – الأدائى [5]. وقد أثبتت هذه

(1) Pre - morbid.
(2) Baseline.
(3) Hold.
(4) Deterioration Quatients.
(5) Verbal - Performance Discrepancy.

المؤشرات ، أساساً ، انها ذات قيمة ضئيله فى التمييز بين المسنين نوى العته ، وأولئك الذين لا يعانون من ضعف (Savage et al., 1973; Vande Broek and Bradshaw, 1990). ويرتبط ذلك جزئياً بالتباين الواسع فى أنماط الأداء المعرفى فى الجمهور السوى . فقد يكون لدى شخص فرق كبير بقدر كاف بين نسبة الذكاء اللفظية والأدائية ، فرق أكبر مما يمكن عزوه إلى أخطاء القياس ، دون أن يكون ذلك غير معتاد على وجه الخصوص . وهناك عامل آخر هو التباين فى أنماط التغير بين الأفراد ، وبالنسبة للشخص الواحد نفسه فى المراحل المختلفة للاضطراب . وبالتالى فقد تُظهر القدرات الأدائية فى البداية بقدر شديد الوضوح تدهوراً أكبر ، بينما قد تتدهور القدرات اللفظيه بعد ذلك بقدر أكبر ، بما يخفض التضارب مع المستويات الأدائية التى تظهر التأثير الأساسى (١) .

وقد قُيمت درجات المفردات باعتبارها مؤشراً ممكناً للمستويات العقلية قبل المرضية . وكانت المقارنة بين مقياس الميل هيل للمفردات والمصفوفات المتدرجة تتم على هذا الأساس ، باعتبار ذلك مؤشراً على التدهور العقلى . وبينما مازالت المفردات تستخدم فى دراسات الشيخوخة السوية (مثال ذلك Hollend and Rabbitt, 1991) بوصفها مؤشراً للمستويات المستقرة على مدى العمر ؛ فقد ظهر أنها تتدهور فى حالة العته (O' Carroll et al., 1987) ومن المعتقد الإن أن اختبارات القدره على قراءه الكلمات (٢) توفر مؤشراً أكثر صدقاً للمستويات العقلية قبل المرضية (Nelson and Mc Kenna, 1975) ويتضمن اختبار القراءة الوطنى للراشدين (٣) . (NART; Nelson, 1982) كلمات لا يحتمل أن تقرأ بشكل صحيح ، مالم تكن مألوفة للشخص . وقد قننت الصورة المختصرة (Nilson and willison, 1991) مقابل اختبار وكسلر المعدل لذكاء الراشدين . كما أن هناك بيانات أخرى متاحة على اختبار شونيل للقراءة (٤) فى صلته بكل من وكسلر لذكاء الراشدين ومصفوفات ريفن (Ruddle and Bradshaw, 1982)، وفى كل حالة من الحالتين ، كان المستوى العقلى المتنبئ به يُشتق من درجات اختبار القراءة ويقارن بالمستوى الحالى الذى تم قياسه . ويعد اختبار شونيل مفيد على وجه الخصوص بالنسبة لأولئك المرضى القادرين على قراءة القليل للغاية من كلمات اختبار القراءة الوطنى للراشدين باعتباره شديد الحساسيه فى المستوى دون المتوسط . وعلى العكس فإن له سقفاً منخفضاً ، ولذا فإن اختبار القراءة الوطنى للراشدين يجب استخدامه مع أولئك ، الذين تكون قدراتهم فوق المتوسط . وقد وجه نقد لهذا الاختبار لكونه طويلا للغاية . وقد أوضح بيردسال وبراين (1990) Beardsall and Brayne أن الخمسة والعشرين بنداً، الاوائل من الخمسين بنداً تعطى تقديراً جيداً للأداء الكلى . وهناك مشكلات أخرى ممكنة فى الاختبار وصفها برادلى وزملاؤه (1993) .Braddeley et al اللذين صمموا اختبار « كوّن الكلمة (٥) » كبديل . ويتطلب اختبار «كّون الكلمة » هذا من المفحوص أن يختار أى من سلسلتى حروف معروضة هى التى تكون كلمة . وعلى الرغم من فائدة هذا الاختبار فى التقييم الوصفى للمسنين ، إلا أن استخدام التضارب بين المستوى العقلى الحالى وما قبل المرضى كمؤشر تشخيصى يجب أن يعامل بالقدر نفسه من الحذر ، الذى تعامل به أية محاولة أخرى للتوصل إلى صيغة تشخيصية من نوع واحد فقط من الدلائل.

(1) Flooring effect.
(2) word - reading ability.
(3) National adult reading test.
(4) Schonell reading test.
(5) Spot the word .

الذاكرة والتعلم

أصبحت الآفات فى هذه المجالات مؤكدة تمامًا فى كل من العته والاكتئاب . ويظهر الأشخاص الذين يعانون من العته انخفاضًا متوسطا نسبياً فى الذاكرة الاولية ، إلا أن لديهم مشكلات واضحه فى الذاكره الثانويه (Morris and Kopelman, 1986) ، ويلاحظ أن آفـات الذاكـره أقل حـده فى حـالات الاكتئاب ، كما توجد عاليا بدرجة أقل ، ولكنها تؤدى إلى استخدام تعبير « العته الزائف[1] » ، والـذى يحتمل أن يكون بمثابه العامل الرئيسى فى خطأ تشخيص الاكتئاب على أنه عته . ويستخلص ساهكيان Sahakian (1991) أن أشكال العجز المعرفى فى اكتئاب المسنين لا تختفى تمامًا عند حدوث شفاء من الاكتئاب ، وقد توجد على الأقل مجموعة فرعية من المسنين المكتئبين ، يتعلق اضطرابهم إلى درجة ما بخلل عقلى مميز عن حالة العته . ويشبه نمط الإعاقة فى التذكر من عدة جوانب ، ذلك الذى يوجد فى العته المبكر ، وقد تكمن الفروق بينهما فى الميل الأكبر للأخطاء العشوائية فى حالة العته ، والعمليات المستقلة التى تكون أقل ضعفًا فى حالة الاكتئاب ، مع ميل الإعاقات للظهور فى مجال العمليات ، التى تتطلب جهدًا . ويميل الأشخـاص الذين يعـانون من العته للتعـرض لقدر مـتـعـدد من الاعـاقـات ، مـثل : الأفـازيا [2] والاباراكسيا [3] والاجنوزيا [4] على سبيل المثال . وعلى الرغم من ذلك ففى المراحل المبكرة للعته ، وعندما يسود ضعف الذاكرة قد يكون من الممكن تمييز الاضطرابات بواسطة الاختبارات .

وتختبر الذاكرة الأولية نمطيًا باستخدام اختبار مدى الأرقام [5] من اختبار وكسلر المعدل للراشدين ، واختبار مدى الرؤية [6] من اختبار وكسلر المعدل للذاكرة (Wechsler, 1987) . وهناك عـدد وفير من اختبارات الذاكرة الثانوية يعكس أنواع الذاكرة المختلفة ، والجوانب المختلفة لعمليات التذكر حتى مدى معين ، ولسوء الحظ ، فإن العلاقة بين نماذج الاختبار وأنواع الذاكرة ليست واضحة تمامًا . ومن بين اختبارات الذاكرة المتاحة حاليًا الآتى :

اختبار كيندريك لتعلم الاشياء [7] (OLT,Kendrick, 1985).

وهذا الاختبار الذى يتضمن تذكرًا حرًا لعدد من الأشياء الشائعة تقدم بصريًا ، مقبولاً لدى المرضى ، إلا أنهم قد يستفيدون من التعرف أو من مؤشرات التذكر . وللاختبار صورتان متكافئتان ، وبيانات إعادة اختبار بعد ستة أسابيع تساعد على استخداماته التتبعية . ويتعين حساب « نسبة تعلم الأشياء [8] » التى توفر قياسًا وصفيًا لأداء المريض فى علاقته بمجموعة أقرانه المرضى ، ولايوصى باستخدام مؤشرات التشخيص .

---

(1) Pseudodementia.
(2) Aphasia.
(3) Agnosia. (العجز عن ربط المعني بالانطباعات الحسية)
(4) Aparaxia.
(5) Digit span.
(6) Visual span.
(7) Kendrick Object Learning Test.
(8) OLT Quotient.

اختبارات التعرف (١)

يستخدم هذا الاختبار صيغة الاختيار الجبرى من بدائل ، وحيث يكون مطلوباً من المريض الإشارة أو تحديد أى المنبهين شاهده من قبل ، ويتكون الاختبار من جزئين ، يستخدمان كلمات مفردة ووجوه على الترتيب ، ويتضمن كل جزء ٥٠ بنداً ويتيح الاختبار القيام بمقارنه مثيره للشغف بين الجوانب اللفظية وغير اللفظية للذاكرة وتتوفر له معايير عمرية حتى عمر ٧٠ عاماً . وتميل صيغة التعرف لأن تكون مقبولة بدرجة أكبر مقارنة بالتذكر الحر ، غير أنها تؤدى إلى مستوى مرتفع من الإجابات القائمه على الصدفه لدى المرضى متوسطى الإعاقة ، ممن لديهم عته ، وممن يجيبون عشوائياً .

اختبار ريفرميد السلوكى للذاكره (٢) (Wilson et al., 1985)

صمم هذا الاختبار بغرض استخدامه فى التقدير اليومى البسيط والسريع للذاكرة ، ولكى يعكس الأداء الواقعى أكثر مما تفعل الاختبارات التقليدية ، وتحتوى هذه البطارية على مجموعة متنوعة من اختبارات الذاكرة ، بما فى ذلك - كالمعتاد - اختبارات للذاكرة المستقبلية ، أى تذكر القيام بشئ فى المستقبل ، بدلاً من تذكر حدث ماضى . واختباراته الاربعه المتكافئه مفيده على وجه الخصوص لأغراض إعادة التقدير ، كما يوجد لدليل الاختبار ملحق إضافى مفيد يوفر معايير محسوبه لعدد ١١٩ راشداً من المسنين فى الأعمار ، من ٧٠ إلى ٩٤ عاماً . (Cockburn and Smith, 1989)

ومن المثير للتهكم أن بعض الاختبارات الفرعية المفيدة مشابهة للاختبارات التقليدية ، مثال ذلك تذكر النثر ، وتعرف الوجوه والتوجهات ؛ وتلعب الجوانب السلوكية دوراً نسبيا محدوداً فى الاختبار . ولايسمح نظام التصحيح بتفسيرات تفصيلية للأداء على بعض المقاييس الفرعية مقارنة بالعينة المعيارية .

مقياس وكسلر المعدل للذاكرة (٣)

وجه الكثير لمقياس وكسلر الأصلى ، ولكنه استخدم على نطاق واسع بوصفه مقياساً مختصراً ، يغطى بشكل سريع مجالات متنوعة من وظائف الذاكرة ، وتجاهلت الصورة المعدلة كثيراً من وجوه النقد ، ولكنها أصبحت نتيجة لذلك أقل انتشاراً ومثبطة لإمكانية الاستخدام مع المسنين . ويمكن استخلاص خمسه مؤشرات من البطارية الكاملة هى : الذاكرة العامة ، والانتباه والتركيز ، والذاكرة اللفظية ، والذاكرة البصرية ، والاستدعاء المتأخر . وعلى العكس من اختبار ريفرميد ، يبدو الكثير من بنودها بلا معنى ، وقد تكون الدافعية إحدى المشكلات بالنسبة لبعض المرضى ، مثال ذلك : عند محاولة تعلم المزاوجة بين الكلمات ، التى لايبدو بينها ارتباط فى اختبار المزاوجه الثنائيه الفرعى . وعلى الرغم من ذلك فإن الكثير من المقاييس الفرعيه تعد مقاييس مستقلة بذاتها (مثال ذلك : الذاكرة المنطقية ، ومدى الأرقام ، والمزاوجه الثنائية) . كما يمكن استخدام المقاييس الفرعيه بطريقة انتخابيه ، والمعايير الواردة فى الدليل تغطى حتى عمر ٧٤ عاماً فقط .

---

(1) Recognition Memory Tests
(2) The Rivermead Bchavioural Memory Test.
(3) Wechsler Memory Scale - Revised.

تقييم فولد لذاكره الاشياء [١] (Fuld, 1977)

يبدأ هذا الاختبار الطموح بجعل المريض يتعرف من خلال اللمس (والابصار إذا كان ذلك ضروريًا) عشرة أشياء مخبئة فى حقيبة ، ثم تبعد الأشياء ، ويختبر تذكرها على امتداد خمس محاولات باستخدام نموذج تذكر انتخابى (حيث يتم اخبار المفحوص فى كل مرة عن الأشياء ، التى لايكون قادرًا على تذكرها) . ويتم شغل فترة التأخر فى الإجابة بمهام للطلاقة اللفظية ، كما يتضمن أيضًا مقياسا لذاكره التعرف ، ويمكن تقييم حتى الحالة المزاجية من خلال التباين بين عدد الكلمات السعيده والكلمات الحزينه التى يقدمها المفحوص خلال الفترة الواقعة بين تقديم مهمتين للطلاقه اللفظية .

وتتوفر معايير لمجموعات مختلفة بما فى ذلك مجموعة عمرية ، تمتد حتى عمر التسعين عامًا . كما أن للاختبار صورتين متكافئتين ، وعلى الرغم من ذلك فإن الاختبار يثير الشعور بالمطالب المبالغ فيها، بالنسبة للمرضى المسنين ، وربما يتعين تطوير صورة مبسطة له .

اختبار بنتون للتذكر البصري [٢] (Benton, 1974)

وهو اختبار شائع الاستخدام لقياس الذاكرة البصرية الفورية (Crookes and McDonald, 1972)، وهو يتضمن سلسلة من الأشكال المرسومة بخطوط متزايدة التعقيد ، يعرض كل منها على المريض لمده عشر ثوانى ، وعلى المريض أن يقوم برسمها على الفور ، ثم يبعد كل منها بعد رسمه . والصورة الخاصة بالنقل [٣] من الاختبار (حيث يكون المنبه معروضًا امام المريض) توفر ضبطا للتأثيرات البصريه المكانيه أفضل من توفيرها قياسا لصعوبات التذكر ، ويسمح نظام التصحيح التفصيلى بتحليل لأنماط الأخطاء التى تحدث .

السـرعة

يقيس اختبار نسخ الرموز ، وهو أحد اختبارات كيندريك المعرفية للمسنين السرعة النفسية الحركية [٤] بطريقة بسيطة ومقبولة ، وهو يفضُل مقياس وكسلر لرموز الأرقام نتيجة لأنه أقل تعقيداً . ويعتمد على الذاكرة وفهم التعليمات بدرجة أقل ، ويتعين حساب نسبة نسخ الرموز [٥] لتيسير المقارنة بين جوانب أخرى من قدرات المريض ، وقد تتعرض سرعة الأداء للإعاقة فى كل من العته ، وبدرجة أقل فى الاكتئاب . وقد استخدمت اختبارات زمن الرجع فى عدد من البحوث ، ويتعين اعتبار ذلك طريقه واضحه لتقرير سرعة معالجة المعلومات . وعلى الرغم من ذلك ، فقد ارتبط هذا الأمر الأخير ببطاريات الاختبار المختلفة ، التى طورت للتطبيق بواسطة الكمبيوتر [٦]. (أنظر ص ٥٠١) .

اللغـة

يوجد الكثير من بطاريات قياس الأفازيا ، غير أنه لا يوجد من بينها واحدة معدة للمسنين ، ومن بين هذه الاختبارات اختبار شول مينسوتا للأفازيا [٧] ، وهو يغطى مجالاً واسعاً ، وله صورة مختصرة

---

(1) Fuld Object Memory Evaluation.
(2) The Benton Visual Retention Test .
(3) Copying.
(4) Psycho - motor speed.
(5) The Digit Copying Quotient.
(6) Computerized tests.
(7) Schull Minnesota Aphasia Test.

مفيدة (Powell et al., 1980) كما قنن على مسنين أسوياء (Walker, 1980) واختبار الرموز (١) (DeRenzi and Vignolo, 1962; DeRenzi and Falioni, 1978) ، ويقيس فهم التعلميات ذات التعقيدات اللغوية المتزايده ، وهو مفيد فى توضيح الخطوط العريضه لمدى الإعاقة الاستقبالية .

وتتضمن الكثير من البطاريات إختباراً للتسمية ، هو اختبار التسمية المتدرج ، وهو اختبار نوعى للأفازيا الاسمية ، قدمه ماكينا ووارنجتون McKenna and warrington (1983) ، وهو يتضمن ثلاثين رسماً تخطيطياً متدرجة الصعوبة ، وله معايير تمتد حتى عمر ٧٠ عاماً .

كما قدم وليمز وزملاؤه Williams et al. (1989) بيانات عن اختبار مشابه ، هو اختبار بوسطن للتسميه (٢) لمرضى مصابين بالعته ، ومجموعة ضابطة من الأسوياء . وقد اقترحوا صورة مختصرة من الاختبار تتكون من ٣٠ بندا من بنود الصورة الأصلية ، التى تبلغ ٦٠ بنداً . ويعتقد أن صعوبة التسمية فى حالة العته تعكس أيضًا صعوبة فى تعرف الأشياء ، وحيث يستطيع مريض الأفازيا تعرف على الشئ بوضوح إلا أنه يظل غير قادر على تسميته . (Kirshner et al., 1984).

ويمكن قياس الطلاقة اللفظية بسؤال المريض أن يسمى أكبر قدر ممكن من الكلمات ، التى تبدأ بحرف معين خلال فترة زمنيه محدده (Whitehead, 1973) ، أو أن يسمى أشياء من مجموعة أو فئة معينة (مثال ذلك أسماء دول Issacs and Akhtav, 1972) . وقدم هارت وزملاؤه (Hart et al ., 1988) بيانات عدد قليل من مرضى العته من نمط الالزايمر (٣) ومجموعة ضابطة من مسنين أسوياء ، على كل من نوعى اختبارات الطلاقة ، وهناك بعض الدلائل على أن درجات الطلاقة ترتبط ارتباطات مرتفعه بالمستوى العقلى اللفظى (Miller, 1984)، وبالتالى فإن منحى كراوفورد وزملائه (1962b) . Crawford et al فى استخدامهم درجاتى الاختبار القومى للقراءه للراشدي (NART) ، لاشتقاق درجة تنبؤيه للطلاقة اللفظية لأغراض المقارنة ، يتضمن الكثير مما يستحق التوصية به .

ويشير ستيفنز وزملاؤه Stevens et al. (1992) إلى استخدام اختبارات الطلاقة اللفظية واختبار بوسطن للتسمية فى مجال التقييم الأكلينكى للذاكرة ، ويقدمون بعض البيانات المفيدة حول فائدتهما فى تقدير العته المبكر .

ويتضمن اختبار تكرار الجمل الشاذة (٤) (Weeks, 1988) أن يقوم المريض بتكرار عدد من الجمل، والتى بينما تكون صحيحة التركيب اللغوى ، إلا أنها بلا معنى ، وهو أحد المجالات التى يُعتقد انها حساسه على وجه الخصوص لتأثيرات العته ، وقد صمم الاختبار وفى الذهن الكثير من الاعتبارات التشخيصية عوضا عن أن يكون مؤشراً لجانب من جوانب وظائف اللغة . وللاختبار أربع صور متكافئة ، وهو من الاختبارات القصيرة ، وتوجد تقارير حول تقبل المرضى له ، مع توفر معايير عليه حتى عمر ٨٠ عاماً ، والبيانات حول استخداماته فى المواقف الإكلينيكية مشوقة .

(1) Token Test .
(2) The Boston Naming Test .
(3) Alzheimer - type dementia.
(4) Anomalous Sentence Repetition Test.

البطاريات النفسية العصبية (١)

طورت هذه البطاريات للاستخدام مع المرضى الأصغر عمراً . ويتعين استخدامها بحذر مالم تتوفر عليها معايير للمسنين . مثال ذلك أن المسنين الاسوياء كان اداؤهم على بعض اجزاء بطاريه هالستيد - ريتان (٢) ضعيفا . (Benton et al., 1981)

وبصفة عامة فإن طول الاختبار ومستوى صعوبته يجعل مثل هذه البطاريات غير مناسبة للمرضى المسنين . وعلى الرغم من ذلك ، يشير بلاكبورن وتايرر (Blackburn and Tyrer (1985 بشكل إيجابى لقيمة صورة مختصرة من فحص لوريا النفسى العصبى (٣) ، بالنسبة للمرضى المسنين . وستكون الاختبارات الاكلينيكية المباشرة مصدراً أكبر للمعلومات بالنسبة للكثيرين من المرضى المسنين . وقدم هولدن وودز (Holden and Woods (1988 وتشيرش وواتيس (Church and Wattis (1988 أمثلة لهذا المنحى الأكلينيكى .

التقييم الأكلينيكى المختصر

يستطيع الأخصائيون الأكلينيكيون من خلال استخدام اختبارات معرفية قصيرة تكميم البيانات الأكلينيكية بصوره متسقة ومقننة ، ويتعين تطبيق هذه الاختبارات دائماً ، قبل تحويل المريض للحصول على تقدير معرفى تفصيلى له، وقد برهنت الاختبارات البسيطه للمعلومات والتوجهات على أنها صادقة على الأقل بقدر صدق الاختبارات المعرفية التفصيلية (e. g. Patti and Gilleard, 1979) وهناك الكثير من مثل هذه الاختبارات ، من ذلك اختبار المعلومات والتوجهات الفرعى ذى الاثنى عشر بنداً فى إجراءات كليفتون لتقييم المسنين (٤) (CAPE) وهو متاح على نطاق واسع ، وكان موضوعاً لبحوث ممتدة (Pattie, 1988) وتتضمن إجراءات كليفتون للمسنين أيضاً اختباراً للتركيز ، وبنوداً لمسح القراءة والكتابة ، بالإضافة إلى مقياس تقديرات سلوكى (انظر ص ٤٩٨) . وتتضمن الاختبارات الاخرى المستخدمه اختبار هودكينسون العقلى المختصر (٥) (AMTS) ذا البنود العشره (Hodkinson(1972 ، والاختبار الآخر الاطول للفحص المختصر للحالة العقلية (٦) (MMSE; Folstein et al., 1975).

ويعتمد استخدام الاختبارات السابقة فى الممارسة على الموقف ، وعلى مقدار ما يجب أن تكون عليه درجة قصر المقياس والتفضيلات الشخصية . والمقاييس السابقة ذات ارتباطات مرتفعة فيما بينها (e. g. Orrell et al., 1992) كما أنها عُرضة للتأثر بمستوى تعليم المريض ؛ فأولئك الحاصلون على تعليم دون المتوسط ، قد يحصلون على درجات ضعيفة على مثل هذا المقياس ، على الرغم من عدم وجود إعاقة لديهم ، وأولئك الحاصلون على مستوى تعليمى مرتفع ، قد يحافظون على درجة مرتفعة على الرغم من الانخفاض المعرفى الحاد وقد أظهر اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (AMTS) أنه حساس لمثل هذه التأثيرات على وجه الخصوص (e. g. Christensen and Jorm, 1992) كما تعرض هو الآخر أيضاً النقد لاحتوائه على عدد من البنود التى تقيس مجالات لوظائف شديدة الاختلاف (الذاكرة ، التركيز، الابراكسيا.. إلخ (٧)) من خلال درجة كليه مفردة . وقد يحصل مرضى مختلفون على الدرجة نفسها ، إلا

(1) Neuropsychological batteries .
(2) Halstead - Reitan Battery .
(3) Luria's Neuropsychological Investigation.
(4) The Clifton Assessment Procedures for Elderly.
(5) Abbreviated Mental Test (AMTS).
(6) Mini - Mental State Examination.
(7) Parxis.

أن لهم أنواعًا مختلفة تمامًا من أنماط الأداء على الاختبار . ويشير أوريل وزملاؤه Orell et al. (1992) إلى أن بنود الذاكرة والتوجه هى التى تميز بطريقه افضل بين مجموعات الاكتئابيين والعتهين .

ومن المهم أيضًا اختبار مجالات لوظائف أخرى ، مثال ذلك الاختبار للحصول على وصف لأنماط العجز ، مثال ذلك العته المصحوب بالأفازيا ، أو العته ذو النمط الجبهى (١) . ويكون الحصول على بروفيل للأداء أمرًا مطلوبا (وليس مجرد الحصول على درجة واحدة) للتوصل إلى هذا الوصف . ويحقق تقدير الميدل سيكس للحالة العقلية للمسنين (٢) (MEAMS; Golding , 1989) هذا الغرض وهو يتضمن أثنى عشر مقياسًا نفسيًا عصبيًا مختصرًا للمسح ، تتضمن : التوجه ، التسمية ، الرسم ، مهام حسابية وإدراكية . وهو مختصر وسهل التطبيق ، ويتوفر فى صورتين متكافئتين ، وتتوفر عليه بالفعل بعض البيانات الأكلينيكية . وستتعزز فائدة هذا الاختبار بتراكم هذه البيانات . ويعد اختبار كيمبردج للأضطرابات العقلية لدى المسنين (٣) (CAMDEY; Roth et al ., 1988) مقياسًا للتشخيص السيكايترى للمسنين الأكبر عمرًا ، وهو يتضمن مقياسًا مسحيًا ، يغطى مجالاً من الوظائف النفسية والعصبية يدمج معا مقياس الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) ، ومقياس الحالة العقلية المختصر ذى البنود العشرة (AMTS) . ولكل مجـال من مجـالات الوظائف عدد قليل من البنـود ، غير أنه يذكـر أنها تؤدى إلى تمـييز مقبول فى المستويات العليا من الأداء ، له قيمته فى الكشف عن العتـه المتوسط (Humppert, 1991).

أمثلة للتقييم المعرفى الوصفى

الدكتوره ج طبيبة ممارسة متقاعدة فى التاسعة والستين من عمرها ، حولت للعرض على عيادة الذاكرة ، وهى تشكو من ضعف متوسط فى الذاكرة تفاقم خلال العام الأخير .

التقييم : الهدف الأولى من التقييم ليس إظهار ماإذا كانت الدكتورة ج تعانى أو لا تعانى من العته ، ولكن الهدف هو وصف أدائها المعرفى الراهن ، والحصول على عائد من هذا الوصف . وربما يكون ذلك لاقتراح أساليب للتغلب على أية آفة فى الذاكرة ، وربما لملاحظة أية تغيرات تحدث على مدى الوقت ، وقد قوبلت الدكتورة ج مرتين ، تفصل بينهما ستة أسابيع تقريبًا .

النتائج :

وكسلر للراشدين المعدل

نسبة الذكاء الكلية ١٤٥

نسبة الذكاء اللفظية ١٤٦

نسبة الذكاء الادائيه ١٤٢

اختبارات كيندريك المعرفية

التقييم الأول : نسبة تعلم الأشياء (OLTQ) (٤) ١١٣

نسبة نقل الرموز (DCTQ) (٥) ١٤٤

التقييم الثانى: نسبة تعلم الأشياء (OLTQ) ١٢٣

(1) Frontal Lobe.
(2) The Middlesex Elderly Assessment of Mental state.
(3) The Cambridge examination for Mental Disorders.
(4) Object Learning Test Quotient (OLTQ).
(5) Digit Copying Test Quotient (DCTQ).

نسبة نقل الرموز (DCTQ) ١٣٦

اختبار وارينجتون لذاكره التعرف (١)

الكلمات : خام : ٤٧ ، مئين = +٧٥

الوجوه : خام = ٣٨ ، مئين = ٢٥

درجه التضارب للوجوه : ٩ ، مئين ٥ - ١٠

تعليقات

يؤكد اداء الدكتورة ج على اختبار وكسلر المعدل للراشدين مستوى عاليًا من الأداء ، على امتداد حياتها ، ومستوى أداء حالى مرتفع ، ويصبح استخدام الاختبار الوطنى للقراءة للراشدين (NART) بلا معنى فى هذا المستوى . وتظهر الاختبارات الفرعية نمطًا متسقًا من الأداء دون انخفاض جوهرى عن أداء الاشخاص الاخرين ، كما أوضح التطبيق الأولى لاختبارات كيندريك سرعه أداء نفسى حركى ممتازه ولكن مع درجة أقل فى تعلم الأشياء . ولمزيد من الفحص لهذا الجانب ، جرى تقدير ثان باستخدام اختبارات كيندريك ، ظهرت خلاله سرعة أداء ممتازة ، وتحسن ضئيل فى مستوى تعلم الجديد . وأظهرت اختبارات ذاكرة التعرف تضاربًا جوهريًا بين الذاكرة اللفظية وغير اللفظية ، مع درجة منخفضة على اختبار التعرف على الوجوه . وقد تم نُصح الدكتورة ج ، فى ضوء خصوصية الصعوبة المحددة لديها ، والتى ظهرت فى سياق مستويات أداء مرتفعة ، وشجعت على استخدام استراتيجيات تذكر لفظية ، كلما كان ذلك ممكنًا .

والمغزى هنا هو أن الوعى المتزايد بمرض الالزايمر يؤدى بالمسنين إلى ملاحظة التغيرات ، التى يدركونها فى وظائفهم المعرفية ، ويتعين أن يترتب على ذلك إعادة اكتشاف وسائل تقييم معرفى جيد ، بوصفه وسيلة للعمل مع العميل ، من خلال فهم لأساس انشغاله .

تقدير التوافق

طور عديد من مقاييس التقدير الذاتى للرضا بالحياة (٢) والروح المعنوية للمسنين ، على وجه الخصوص . ومن بين هذه المقاييس واسعة الاستخدام « مقياس مركز فيلادلفيا للمسنين للروح المعنوية » (٣) (Lawton, 1975) ، ومؤشر الرضا بالحياة (٤) وهو متاح فى عدد من الصور (Twining, 1990)، بما فى ذلك الصورة المختصرة ، التى وصفها بيجوت Bigot (1974) ، والتى تتضمن ثمانية بنود فى مقياسين فرعيين « القبول - الرضا » (٥) « والإنجاز - الإكمال » (٦). وقدم جيليارد وزملاؤه Gilleard et al. (1981) معايير أكلينيكية مفيدة ، ذاكرين أن المقياس الفرعى الأخير يعكس مكونًا اتجاهيًا للروح المعنوية ، أكثر استقرارًا ، يعتمد على إنجازات الحياة والخبرات السابقة .

وهناك تداخل كبير بين مقياس مركز فيلادلفيا للمسنين ومؤشر الرضا بالحياة ، وبين مقاييس الاكتئاب ، على الرغم من أن انخفاض الروح المعنوية والاكتئاب بين المسنين ليسابنية واحدة بالضرورة

(1) Warington Recognition Memory Test .
(2) Life Satisfaction.
(3) Philadelphia Geriatric Center Morale Scale.
(4) Life Satisfaction Index.
(5) Accepetance - Contentment.
(6) Achievement - Fulfilment .

(Gurland , 1980) . وقد استخدم جيليارد وزملاؤه Gilleard et al. (1981) مقياسى مؤشرا الرضا بالحياة ، ومقياس شواب للاكتئاب (١) Schwab لملاحظه اكتئاب المسنين . ويورد جالاغر وزملاؤه Gallagher et al. (1982) بيانات معيارية ومعاملات ثبات لبطارية بيك للاكتئاب على مجموعات من المسنين الأسوياء والمكتئبين ، ويستخلصون من ذلك أنه من أدوات المسح الاكلينيكى المناسبة . ولمقياس اكتئاب المسنين (٢) ، (Yesavage et al., 1983) طريقة إجابة أسهل (نعم / لا) من طريقة الإجابة عن مقياس بيك ، وهو يستخدم الآن على نطاق واسع ، بوصفه مقياساً للتقدير الذاتى للاكتئاب لدى كبار السن ويذكر أونيل وزملاؤه O'Neill et al . (1992) أن هذا المقياس يطبق بشكل أكثر كفاءة بواسطة المقدر ، مما لو أعطى للشخص المسن لإكماله بنفسه . وهناك بديل آخر له هو مقياس رعايه الذات (D)، والذى طور بوصفه مقياساً للتقدير الذاتى ، يتكون من اثنى عشر بنداً للاستخدام فى مواقف العناية الأولية (Brid et al ., 1987) .

وهناك عدد آخر متاح من مقاييس تقديرات الملاحظين (انظر Montgmery, 1988) ، يمكن أن يساعد فى التغلب على بعض المشكلات الكامنة فى مقاييس التقدير الذاتى للمسنين (مثل مشكلات حدة الإبصار ، وعدم مناسبة بعض البنود ، إلخ) . وعند تقييم الإضطرابات المزاجية للمرضى ذوى الإعاقات المعرفية ، وحيث تكون مقاييس التقرير الذاتى على وجه الخصوص غير ثابته - قد يبرهن مقياس تقدير الملاحظ للعلاقات الاكتئابيه ، الذى طوره كوتانا والبريدج Kotana and Albridge (1985) على أنه مفيد .

وقد تم الكشف عن بعض الجوانب الأخرى للتوافق بدرجة أقل . وقد عدل تيرى وليفنسون Teri and Lewinsohn (1982) قوائم الأحداث السارة وغير السارة للمسنين (٣) ، وعلى الرغم من ذلك ، مازالتا طويلتين . وقد استخدم لام وزملاؤه Lam et al. (1987) عديداً من المقاييس ذات العلاقة بالعلاج المعرفى مع مجموعات من المسنين المكتئبين وغير المكتئبين ، مثال ذلك استخبار الافكار المستقلة (٤) ، ومقياس الاتجاهات المضطربة (٥) ومقياس اليأس (٦). ويذكر لام وباور Lam and Power (1991) استخدام مقياس الآخرين المؤثرين (٧) ، بوصفه مقياساً للدعم الاجتماعى فى مجمتع الرعاية الأولية للمسنين ، ومع تقدم العلاج النفسى لاكتئاب المسنين ، ستكون هناك حاجة لمقاييس أخرى .

تقييم السلوك

كثيرا ما يكون تقييم السلوك الحقيقى للشخص ، فى حالة مريض العته على وجه الخصوص ، ومستوى الاداء وإمكاناته وآفاته ، مهماً للغاية حصول على تقييم لوصفه المناسب ، أو لملاحظة التغيرات . ويمكن قياس السلوك بطرائق مختلفة .

مقاييس التقدير

ما يحدث هنا هو أن اولئك الذين يألفون السلوك اليومى للمسنين (وعاده ما تشمل هذه الفئة المرضين والقائمين على الرعاية أو الأقارب ، هم من يقومون بإكمال المقاييس من خلال ملاحظتهم غير النظامية وغير المضبوطة عن الشخص ، وربما على مدى زمنى محدود . وهناك الكثير من المقاييس

(1) Schwab Depression Scale.
(2) the Geriatric Depression Scale.
(3) the Pleasent and unpleasent Events Schedules for the Elderly.
(4) Autonomic thoughts Questionnaire.
(5) Dysfunctional attitude Scale.
(6) Hoplessness Scale.
(7) Significant others Scale.

المختلفة المستخدمة ، وهى مختلفة من حيث المجالات السلوكية التى تغطيها ، ومدى شمول المضمون وعمقه، ومن حيث الطول والشكل . ويتعين أن يوجه الغرض من التقييم اختيار الاختبار المعين . وغالبًا ما تكون المقاييس الطويلة فقط هى التى يجب أن يقوم بتطبيقها فريق الرعاية المشغول دائمًا ، بقدر من العناية والحرص إذا ماكانت النتائج تتعلق بشكل مباشر برعاية المريض .

وهناك عدد من المقاييس تعد مؤشرات لتدهور القدرة اللفظية العامة للمريض المسن ، ودرجة الرعاية المطلوبة له . (Woods and Britton, 1985) . وتتضمن هذه المقاييس جوانب من السلوك اليومى مثل استخدام دورة المياه ، وتناول الطعام والحركة وغير ذلك . ومن بين أكثر المقاييس استخدامًا ، مقياس كريشتون للتقديرات للمسنين [1] (Robinson, 1977) ، ومقياس التقديرات السلوكية فى إجراءات كاليفورنيا لتقييم المسنين [2] (CAPE; Pattie and Gillard, 1979; Pattie, 1980) ، ومقياس عيادة برجتون للسلوك التوافقى [3] (BCABS; Ward et al., 1991) . وتتباين هذه المقاييس تباينًا كبيرًا من حيث عمق التغطية ، ومن حيث شمولها على وجه الخصوص لمشكلات السلوك ، كما يميل ثبات ما بين المقدرين للانخفاض للغاية ، بالنسبة لبنود مثل تلك التى تقيس العدوانية والاضطراب الاجتماعى ، مقارنة بالتقديرات الخاصة بالأداء البدنى بما يوحى أنها أكثر صعوبة فى تعريفها وتقديرها بصوره موضوعية ، والاغلب أن مقياس كليفتون Clifton هو الأكبر فائدة فى أغراض المسح العام ، وتستخلص منه اربع درجات عاملية [4] (هى الإعاقة البدنية ، وصعوبات التواصل ، واللامبالاة ، والاضطراب الاجتماعي) وللمقياس معايير شاملة لمجموعات متنوعة من المسنين (Pattie, 1988) . وقد صمم مقياس عيادة برجتون للسلوك التوافقى (BCABS) ليكون ملائمًا على وجه الخصوص لتقدير المرضى ذوى العته الشديد ، وقد استخدم فى المقارنات الخاصة ببيئه الرعاية الممتدة (Lindesay et al., 1991) . وهذه المقاييس ليست مثالية بالنسبة للشخص المسن ، الذى يتلقى رعاية منزلية بواسطة الأقارب ، فالتزام أحد الأقارب ومشاركته الوجدانية ، وصحبته المستمرة على مدى ٢٤ ساعة من اليوم ، يعنى أن أشكال السلوك المختلفة عن تلك التى تظهر داخل المواقف المؤسسية ستؤثر فى القدرة على التغلب على المشكلات . وقد أعد مقياس جرين وزملائه (Greene et al., 1982) للسلوك والاضطراب المزاجى [5] ليقوم الأقارب بإكماله ، وهو يتضمن ثلاثه عوامل ، هى : اللامبالاة / الانسحاب ، والاضطراب النشيط ، والتغيرات المزاجية ،كما تستخدم قائمة جيليارد للمشكلات [6] (Gilleard, 1984) على نطاق واسع أيضًا فى هذا المجال ، وهى اختبارات معلوماتية وتشبه الاختبار الذى صممه جورم وزملاؤه Jorm et al. (1989) والذى يستخدم الآن كثيرًا لتقدير التدهور المعرفى ، ويتضمن مقياس أنشطة الحياة اليومية [7] (Lawton and Brady, 1969) مهارات وانشطه ذات صلة بالمسنين الأقل إعاقة . كما يغطى استخبار الأنشطة الوظيفية [8] (Pfeffer et al., 1982) ، مهارات إعداد الطعام ، ومهارات غسل الملابس ، واستخدام وسائل الانتقال ، والمسئوليات المالية وغيرها . ويقاس وقت الفراغ المنزلى والعمل والأنشطة الخارجية بمؤشر هولبروك واسكيلبك

(1) Crichton Geriatric Rating Scale.
(2) The Behavior Rating Scale from the Califorinia Procedures for Elderly.
(3) Brigton Clinc Adaptive Behavior Scale.
(4) Factor Scores .
(5) Green et al. 's Behaviouval and Mood Disturbance Scale .
(6) Gilleard's Problem check - List.
(7) Instrumental. Activities of Daily Living.
(8) Functional Activities Questionnaire.

للأنشطة(١) ذى الـ ١٥ بندا (Holbrook and skilbeck, 1983) .

الملاحظة المقننة

على العكس هنا ، فإن أداء الشخص يقيم فى موقف مقنن . ويقوم هذا الأسلوب على الاختبار الأدائى للأنشطة اليومية (٢) (Kurriansky and Gurland, 1976; Macdonald et al., 1982) ، وهو يتضمن ١٧ مهمة ، ويمكن تطبيقه مع المساعدة ، بوصفه أداة مقننة ، وبما يكشف عن السلوك التوافقى، الذى لا ينُبه أو يُشجع فى بيئه الجناح (داخل المؤسسه) ، وتتأثر مقاييس التقدير التقليدية بشكل محتوم بمدى الاستقلال ، الذى يسمح نظام رعاية المرضى بتعزيزه . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الأداء دون المستوى على الاختبار الأدائى لأنشطة الحياة اليومية يمكن أن يحدث ، إذا تأثر المريض بعدم الألفة بالموقف ، أو كانت لديه صعوبه فى فهم التعليمات ، أو كان لديه قلق من الاختبار أو صعوبات دافعية .

وقد طور سكيورلا وزملاؤه Skurla et al. (1988) مقياس أنشطة التوافق اليومى (٣) ، والذى يهدف التركيز بصورة أكبر على الذاكرة والاستدلال ، ويقدر أقل على المهام الحركية مقارنة بالاختبار الادائى لأنشطة الحياة اليومية ، وهو يتضمن أربع مهارات ، ومرة أخرى يستخدم بواسطة أدوات مقننة ومواد وتعليمات ، وتنبيهات نوعية وتتضمن المهام إعداد فنجان من القهوة ، واستخدام النقود لشراء شيئين . وقد اقترح ماهورين وزملاؤه Mahurin et al. (1991) مقياساً أطول على الأسس نفسها ، هو التقدير المقنن لمهارات الحياة الاستقلالية (٤).

الملاحظه المباشرة

تتم ملاحظة السلوك فى البيئة الطبيعية بطريقة نظامية ، وعادة ما يكون ذلك باستخدام بعض أساليب العينات للحفاظ على جوده البيانات ، التى يتم جمعها بنسبة تسمح بالتعامل بها ، وربما يمكن ملاحظة أنماط معينة فقط من السلوك ، أو قد يتم الحصول على الملاحظات ، على مدى عينات زمنية منفصلة ، وعلى الرغم مما أوضحه جودلف وزملاؤه Godlove et al. (1982) من أن اللجوء إلى العينات ليس من الأمور الجوهرية دائمًا مع المسنين . وتتطلب الملاحظة المباشرة ترتيبات أساسية ، تسمح للمسنين وفريق المؤسسة بوقت للتأقلم مع وجود الملاحظ ، مع تحديد دقيق لأشكال السلوك والمواقف التى ستتم ملاحظتها.

وقد عُنيت بعض الدراسات بمدى المشاركة اللازمة لتقدير نسبة المقيمين المشاركين فى الأنواع نفسها من الأنشطة ، والتفاعل مع الأشخاص والأشياء (Jenkins et al., 1977) . ويمكن توسيع تعريف السلوك ليشمل وصفًا تفصيليا أعرض له (McFadyen, 1984; Macdonold et al., 1985; ward et al., 1992) وقد استخدم باليتس Baltes et al. (1980) الملاحظة المباشر لتقدير كل من العلاقات الانعزالية المهمة بين المسنين المقيمين وسلوك فريق الرعاية . ويذكر ليندساى وزملاؤه Lindesay et al. (1991) أهميتها فى مقارنة مواقف الرعاية ، على المدى الطويل للاشخاص المصابين بالعته الحاد.

(1) Holbrook and skilbeck's 15 items Activities Index.
(2) Performance Test of Activities of Daily Living (PADL).
(3) Activities of Daily Living (ADL).
(4) Structural Assessment of Independant Living Skills (SAILS).

تقييم البيئة

يمكن لأساليب تقييم بيئات المؤسسات أن تساعد فى تحديد الخصائص ، التى تحتاج إلى تغيير ، وفى ملاحظة محاولات التدخل . وأحد إجراءات التقييم متعددة الأوجه عبارة عن مقياس تفصيلى شامل (Moos and Lemke, 1980) صمم لتقدير مواقف إقامه المسنين ، وقنن على هذه المواقف وهو يتضمن تقييم الجوانب الفيزيقية والمعمارية ، وكذلك خصائص المقيمين ، وسمات فريق العناية ، والمناخ الاجتماعى، ويغطى أيضاً جوانب سياسات الموقف ونظمه جميعها ، وأحد أمثلة استخدامه هو فى المقارنة بين الأنواع المختلفة لفلسفة الرعاية . (Benjamin and Spector, 1992).

والمقياس طويل وغير مناسب لمرضى العته ، واستخدمت بعض الدراسات التى هدفت لتقييم الأنواع الجديدة من وحدات الإقامة المنزلية للأشخاص المسنين من ذوى العته الشديد ، مثل دراسة ليندساى وزملاؤه (Lindesay et al. (1991 مقاييس مختاره من إجراءات التقييم متعددة الأوجه (MEAP)، واختارت دراسات أخرى بنوداً من مقاييس أخرى متعددة وعدلتها . ويذكر ويلكوكس وزملاؤه Wilcocks et al. (1987) مسحاً على المستوى القومى لبيوت الإقامة ، تم على أساس عدد من المتغيرات البيئية . كما طور بوى وزملاؤه (Bowie et al. (1992 سته مقاييس لتقييم جوانب بيئه الجناح للاستخدام بصفة خاصة، فى مؤسسات الإقامة الممتدة لمرضى العته ، وأوردوا بيانات للصدق والثبات . وهناك احتمال لوجود اهتمام متزايد بمثل هذه المقاييس ، مع تأكيد زيادة جودة العناية الممتدة . وطور كيتوود Kitwood (1992) طريقة للملاحظه المباشرة ، هى خريطة رعاية العته ، وهى تنصب علاوة على ذلك على أبعاد الجودة ، وتقييم المدى الذى تعزز به البيئة وممارسات الفريق ، أو تقلل من شخصية (٢) المريض العتهى .

اعتبارات عملية

هناك أهمية للعديد من النقاط العملية :

أولا : أن الآفات الحسية شائعة بين المسنين ، ويتعين العناية بأن المريض يستطيع الرؤية والسمع بصورة ملائمة باستخدام نظارة أو معينات سمعية ، إذا كان ذلك ضرورياً ، وإذا كان العجز الحسى شديداً وغير قابل للتصحيح ، فستكون هناك حاجة لاستخدام الاختبارات ، التى تقيس الحواس غير العاجزة فقط . وقد تكون التعليمات الكتابية مفيدة مع المرضى الصم ، فى بعض الاختبارات .

ثانياً : قد يحتاج المرضى المسنين لوقت أطول للتأقلم مع موقف الاختبار ، وغالبًا ماتكون هناك حاجة لإنفاق قدر أطول من الوقت لجعل المريض مستريحًا ، ولإقامة مناخ من التعاون والثقة ، وشرح اهداف التقييم وفائدته للمريض .

ثالثا : قد يكون المريض فى حاجة لتشجيع تدعيمى خلال الاختبار ، وعادة ما يكون مثل هذا التشجيع ذا طبيعة عامة ، وكثيراً ما يكون من المفيد شرح أن كل شخص يفشل فى بعض البنود نتيجة لتصميم الاختبار ، وكثيراً ما يقلل المرضى من تقديرهم لمستوى أدائهم ، ولذلك فإن تقديم تقييم واقعى إيجابى كثيراً ما يكون ممكنًا . كما أن الإطراء غير الواقعى لفشل المريض بصورة واضحة غير مفيد .

ويجب التقدم فى جلسه الاختبار بلطف ، والجلسات التى تتضمن استعجالاً أو ضغطًا ستزيد من درجة الإعاقة الظاهرة . ومن المفضل أن يتم الاختبار على امتداد عده جلسات قصيرة بدلا من جلسة

(1) Multi-phasic Environmental Assessment Procedure (MEAP).
(2) Personhood.

واحدة طويله للإقلال من أثار التعب ، وعلى أن تنتهى كل جلسة بتعليق حول النجاح بما يساعد على استمرار التعاون المستقبلى . ويتعين مراجعة مستوى صعوبة البنود المستخدمة بعناية حتى يعايش المريض بأقل قدر خبره الفشل الواضح بقدر الإمكان ، وبالأخص فى بداية الجلسة .

وهناك دعوى ترى أن استخدام الاختبارات ، التى يبدو أنها ذات علاقة بحياة المريض اليومية ستزيد من دافعيته (Kendrick, 1982) غير أن هذا المفهوم العام عن الصدق البيى (١) يحتاج لتطوير اضافى (Volans and Woods, 1983) . والأمر الواضح هنا هو أن الاختبارات التى تعرض المرضى المسنين لفشل متكرر وواضح مثيرة للتوتر ، وتؤدى إلى خفض التعاون ، ويتعين استخدامها بحرص . والمفارقة هنا هى أن الاختبارات التى تبدو شديدة الشبه بالحياة الواقعية ، يمكن أن تؤدى إلى زيادة توتر المريض ، بينما الاختبارات التى تأخذ شكلاً اقرب إلى الالعاب (٢) قد تكون أكثر قبولاً .

اتجاهات مستقبلية

توجد الآن فرصة مهمة للتقدم ، وحاليًا يوجد الكثير من المرضى المسنين المعاقين بشكل حاد لايمكن عمليًا اختبارهم بصورة تقليدية . جزئيًا لأن الاختبارات تشدد على الآفات الظاهرة بدلاً من تشديدها على القدرات المتبقية . بالاضافة لذلك يتعين تقييم كل المرضى سلوكيًا ، وتحتاج مقاييس التقديرات السلوكية المستقبلية لتطويرات عقلانية ، مستخدمة فى ذلك طريقة جتمان Guttman لتوفر الحد الأقصى من المعلومات بطريقة تتميز بالكفاءة . وستكون المقاييس التفصيلية المخصصة لمجالات معينة ، مثل : قمع الشهوات والغذاء وغيرها ، التى تحلل المهارات إلى مكوناتها الجزئية ، مفيدة فى تصميم برامج التدخل المستخدمة الآن بصورة متزايدة .

ويتضمن التأكيد المتزايد لضرورة تقدير الاحتياجات ، الذى صاحب اقرار تشريع الرعاية المجتمعية فى المملكة المتحدة تحديًا للأخصائيين النفسيين ؛ للاسهام فى تطوير الاستراتيجيات الخاصة بالتقييم ، والتى تؤدى إلى حزمة فعالة وملائمة لرعاية المسنين الذين يحتاجون المساعدة للعيش فى المجتمع .

ومن المأمول أن تسمح الاختبارات الأتوماتية * باجراء تقدير معرفى للمرضى ، الذين لا يمكن اختبارهم بأسلوب تقليدى (Miller, 1980) . ويلاحظ كيندريك Kendrick (1982) أنه على النقيض من الشكوك المحيطة بذلك ، يوجد قبول للاختبارات ، التى تستخدم الكمبيوتر بالنسبة للجيل الحالى من المسنين . وقد ظهر عدد من التقارير حول تطور هذه الأساليب (e. g. Carr et al., 1986. b; Sahakian, 1990; Simpson et al., 1991) وتوفر الإمكانات الخاصة باستخدام الحواسب (الكمبيوترز) الصغيرة فرصة ممتازة للتوصية بجيل جديد من الاختبارات ، تؤكد النجاح بدلاً من الفشل ، وتكون مناسبة لإعادة الاستخدام ، واضعة فى الاعتبار نماذج معالجة المعلومات المستخدمة حاليًا فى علم النفس التجريبى ، بما فى ذلك الاعتبارات الخاصة بالاستراتيجيات التى يتبناها المريض . ويسمح استخدام سرعة الاستجابة كمقياس للتمييز بين المرضى حتى بالنسبة للآداء الذى يخلو من الأخطاء . كما يمكن أيضًا استخدام الرسوم البيانيه التى يوفرها الكمبيوتر لزياده جاذبية المواد وتنمية الشغف بها . وقد أشار عديد من الدراسات إلى أن المسنين ، بما فى ذلك المصابين بالعته ، يستقبلون مثل هذه البطاريات بترحاب . وهناك

(*) اي الأختبارات التى تطبق بواسطة الحاسب الالي (الكمبيوتر) .

(1) Ecological Validity.
(2) Games.

بعض الدلائل على أن الأداء يتعزز من خلال استخدام شاشة حساسة للمس [١] ،أكثر مما يتعزز باستخدام لوحة الأزرار للإجابة (Carr et al., 1986 a) وهذه البطاريات على وشك أن تصبح واسعة الاستخدام إكلينيكيا ، وقد يرتبط ذلك جزئيًا بالفترة المطلوبة لتطوير الاختبارات ، وبمجرد أن يكتمل الاختبار سيكون الجيل التالى من تصميمات هندسة الكمبيرتر [٢] قد ظهر . وعلى الرغم من ذلك فإن الزيادة الحالية فى استخدامها فى البحوث ستؤدى إلى زيادة احتمالات ظهور الاختبارات الكمبيوترية نتيجة لها وتصبح أمراً معتاداً .

(1) Touch - Sensitive Screen.
(2) Hard ware.

References

Baddeley, A., Emslie, H. and Nimmo-Smith, I. (1993) 'The Spot-the-Word test: a robust estimate of verbal intelligence based on lexical decision', *British Journal of Clinical Psychology* 32: 55–65.

Baltes, M. M., Burgess, R. L. and Stewart, R. B. (1980) 'Independence and dependence in self-care behaviours in nursing home residents: an operant observational study', *International Journal of Behavioural Development* 3: 489–500.

Baltes, P. B. and Lindenberger, U. (1988) 'On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research', *Behavior Therapy* 19: 283–300.

Beardsall, L. and Brayne, C. (1990) 'Estimation of verbal intelligence in an elderly community; a prediction analysis using a shortened NART', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 83–90.

Beech, J. R. and Harding, L. (ed.) (1990) *Assessment of the Elderly*, Windsor: NFER-Nelson.

Bellucci, G. and Hoyer, W. J. (1975) 'Feedback effects on the performance and self-reinforcing behaviour of elderly and young adult women', *Journal of Gerontology* 30: 456–60.

Benjamin, L. C. and Spector, J. (1992) 'Geriatric care on a ward without nurses', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 743–50.

Benton, A. L. (1974) *The Revised Visual Retention Test*, New York: Psychological Corporation.

Benton, A. L., Eslinger, P. J. and Damasio, A. R. (1981) 'Normative observations on neuropsychological test performance in old age', *Journal of Clinical Neuropsychology* 3: 33–42.

Bigot, A. (1974) 'The relevance of American life satisfaction indices for research on British subjects before and after retirement', *Age and Ageing* 3: 113–21.

Bird, A. S., Macdonald, A. J. D., Mann, A. H. and Philpot, M. P. (1987) 'Preliminary experience with the SELFCARE (D): a self-rating depression questionnaire for use in elderly, non-institutionalized subjects', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2: 31–8.

Birkhill, W. R. and Schaie, K. W. (1975) 'The effect of differential reinforcement of cautiousness in intellectual performance among the elderly', *Journal of Gerontology* 30: 578–83.

Birren, J. E. and Schaie, K. W. (eds) (1990) *Handbook of the Psychology of Aging, 3rd edn*, San Diego: Academic Press.

Blackburn, I. M. and Tyrer, G. M. B. (1985) 'The value of Luria's neuropsychological investigation for the assessment of cognitive dysfunction in Alzheimer-type dementia', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 171–9.

Bowie, P., Mountain, G. and Clayden, D. (1992) 'Assessing the environmental quality of long-stay wards for the confused elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 95–104.

Britton, P. G. and Savage, R. D. (1966) 'A short form of WAIS for use with the aged', *British Journal of Psychiatry* 112: 417–18.

Broek, M. D. v. d. and Bradshaw, C. M. (1990) 'Intellectual decline and the assessment of premorbid intelligence', in J. R. Beech and L. Harding (eds) *Assessment of the elderly*, Windsor: NFER-Nelson (13–28).

Carr, A. C., Woods, R. T. and Moore, B. J. (1986a) 'Automated cognitive assessment of elderly patients: a comparison of two types of response device', *British Journal of Clinical Psychology* 25: 305–6.

Carr, A. C., Woods, R. T. and Moore, B. J. (1986b) 'Developing a microcomputer-based automated testing system for use with psychogeriatric patients', *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists* 10: 309–12.

Christensen, H. and Jorm, A. F. (1992) 'Short report: effect of premorbid intelligence on the Mini-Mental State and IQCODE', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 159–60.

Church, M. and Wattis, J. P. (1988) 'Psychological approaches to the assessment and treatment of old people', in J. P. Wattis and I. Hindmarch (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*, Edinburgh: Churchill Livingstone (151–79).

Cockburn, J. and Smith, P. T. (1989) *The Rivermead Behavioural Memory Test; Supplement 3: Elderly People*, Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company.

Crawford, J. R., Allan, K. M., Stephen, D. W., Parker, D. M. and Besson, J. A. O. (1989) 'The Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised (WAIS–R): factor structure in a UK sample', *Personality and Individual Differences* 10: 1209–12.

Crawford, J. R., Allan, K. M. and Jack, A. M. (1992a) 'Short-forms of the UK WAIS–R: regression equations and their predictive validity in a general population sample', *British Journal of Clinical Psychology* 31: 191–202.

Crawford, J. R., Moore, J. W. and Cameron, I. M. (1992b) 'Verbal fluency: a NART-based equation for the estimation of premorbid performance', *British Journal of Clinical Psychology* 31: 327–9.

Crookes, T. B. and McDonald, K. G. (1972) 'Benton's visual retention test in the differentiation of depression and early dementia', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 11: 66–9.

Demming, J. A. and Pressey, S. L. (1957) 'Tests "indigenous" to the adult and older years', *Journal of Counselling Psychology* 4: 144–8.

De Renzi, E. and Faglioni, P. (1978) 'Normative data and screening power of a shortened version of the Token test', *Cortex* 14: 41–9.

De Renzi, E. and Vignolo, L. A. (1962) 'The token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasias', *Brain* 85: 665–78.

DesRosiers, G. (1992) 'Primary or depressive dementia: clinical features', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 629–38.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. and McHugh, P. R. (1975) '"Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician', *Journal of Psychiatric Research* 12: 189–98.

Fuld, P. A. (1977) *Fuld Object Memory Evaluation*, Windsor: NFER-Nelson.

Furry, C. A. and Baltes, P. B. (1973) 'The effect of age differences in ability extraneous performance variables on the assessment of intelligence in children, adults and the elderly', *Journal of Gerontology* 28: 73–80.

Gallagher, D., Nies, G. and Thompson, L. W. (1982) 'Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 152–3.

Gibson, A. J., Moyes, I. C. A. and Kendrick, D. (1980) 'Cognitive assessment of the elderly long-stay patient', *British Journal of Psychiatry* 137: 551–7.

Gilleard, C. J. (1984) *Living with Dementia*, Beckenham, Kent: Croom Helm.

Gilleard, C. J., Willmott, M. and Vaddadik, S. (1981) 'Self-report measures of mood and morale in elderly depressives', *British Journal of Psychiatry* 138: 230–5.

Godlove, C., Richard, L. and Rodwell, G. (1982) *Time for action: an observation study of elderly people in four different care environments*, Sheffield: Social Services Monographs.

Goldberg, D. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER-Nelson.

Golding, E. (1989) *Middlesex Elderly Assessment of Mental State*, Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company.

Greene, J. G., Smith, R., Gardiner, M. and Timbury, G. C. (1982) 'Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effect on relatives: a factor analytic study', *Age and Ageing* 11: 121–6.

Gurland, B. J. (1980) 'The assessment of the mental health status of older adults', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hart, S., Smith, C. M. and Swash, M. (1988) 'Word fluency in patients with early dementia of Alzheimer type', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 115–24.

Hodkinson, H. M. (1972) 'Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly', *Age and Ageing* 1: 233–8.

Holbrook, M. and Skilbeck, C. E. (1983) 'An activities index for use with stroke patients', *Age and Ageing* 12: 166–70.

Holden, U. P. (1988) *Neuropsychology and Ageing: Definitions, Explanations and Practical Approaches*, London: Croom Helm.
Holden, U. P. and Woods, R. T. (1988) *Reality Orientation: Psychological Approaches to the 'Confused' Elderly, 2nd edn.*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
Holland, C. A. and Rabbitt, P. (1991) 'The course and causes of cognitive change with advancing age', *Reviews in Clinical Gerontology* 1: 81–96.
Huppert, F. A. (1991) 'Neuropsychological assessment of dementia', *Reviews in Clinical Gerontology* 1: 159–69.
Isaacs, B. and Akhtar, A. J. (1972) 'The set test: a rapid test of mental function in old people', *Age and Ageing* 1: 222–6.
Jenkins, J., Felce, D., Lunt, B. and Powell, E. (1977) 'Increasing engagement in activity of residents in old people's homes by providing recreational materials', *Behaviour Research and Therapy* 15: 429–34.
Jorm, A. F., Scott, R. and Jacomb, P. (1989) 'Assessment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4: 35–9.
Katona, C. L. E. and Aldridge, C. R. (1985) 'The dexamethasone suppression test and depressive signs in dementia', *Journal of Affective Disorders* 8: 83–9.
Kendrick, D. C. (1982) 'Why assess the aged? A clinical psychologist's view', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 47–54.
Kendrick, D. C. (1985) *Kendrick Cognitive Tests for the Elderly*, Windsor: NFER-Nelson.
Kendrick, D. C., Gibson, A. J. and Moyes, I. C. A. (1979) 'The revised Kendrick battery: clinical studies', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 329–40.
Kimmel, D. (1990) *Adulthood and Aging, 3rd edn*, New York: Wiley.
Kirshner, H. S., Webb, W. G. and Kelly, M. P. (1984) 'The naming disorder of dementia', *Neuropsychologia* 22: 23–30.
Kitwood, T. (1992) 'Quality assurance in dementia care', *Geriatric Medicine* September: 34–8.
Klisz, D. (1978) 'Neuropsychological evaluation in older persons, in M. Storandt, I. C. Siegler and M. F. Elias (eds) *The Clinical Psychology of Aging*, New York: Plenum Press (71–96).
Kuriansky, J. and Gurland, B. (1976) 'The performance test of activities of daily living', *International Journal of Aging and Human Development* 7: 343–52.
Lam, D. H., Brewin, C. R., Woods, R. T. and Bebbington, P. E. (1987) 'Cognition and social adversity in the depressed elderly', *Journal of Abnormal Psychology* 96: 23–6.
Lam, D. H. and Power, M. J. (1991) 'Social support in a general practice elderly sample', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 89–93.
Lawton, M. P. (1975) 'The Philadelphia Geriatric Center Morale scale: a revision', *Journal of Gerontology* 30: 85–9.
Lawton, M. P. and Brody, E. (1969) 'Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living', *Gerontologist* 9: 179–86.
Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., Macdonald, A. and Herzberg, J. (1991) 'The domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 727–36.
Macdonald, A. J. D., Mann, A. H., Jenkins, R., Richard, L., Godlove, C. and Rodwell, G. (1982) 'An attempt to determine the impact of four types of care upon the elderly in London by the study of matched groups', *Psychological Medicine* 12: 193–200.
Macdonald, A. J. D., Craig, T. K. J. and Warner, L. A. R. (1985) 'The development of a short observational method for the study of the activity and contacts of old people in residential settings', *Psychological Medicine* 15: 167–72.
McFadyen, M. (1984) 'The measurement of engagement in the institutionalised elderly', in I. Hanley and J. Hodge (eds) *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*, London: Croom Helm.
McKenna, P. and Warrington, E. K. (1983) *The Graded Naming Test*, Windsor: NFER-Nelson.

Mahurin, R. K., DeBettignies, B. H. and Pirozzolo, F. J. (1991) 'Structured assessment of independent living skills: preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia', *Journal of Gerontology* 46: P58–66.
Miller, E. (1980) 'Cognitive assessment of the older adult', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Miller, E. (1984) 'Verbal fluency as a function of a measure of verbal intelligence and in relation to different types of cerebral pathology', *British Journal of Clinical Psychology* 23: 53–7.
Montgomery, S. A. (1988) 'Measuring mood', in J. P. Wattis and I. Hindmarch (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*, Edinburgh: Churchill Livingstone (138–50).
Moos, R. and Lemke, S. (1980) 'Assessing the physical and architectural features of sheltered care settings', *Journal of Gerontology* 35: 571–83.
Morris, R. G. and Kopelman, M. D. (1986) 'The memory deficits in Alzheimer-type dementia: a review', *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 38A: 575–602.
Nelson, H. E. (1982) *The National Adult Reading Test*, Windsor: NFER-Nelson.
Nelson, H. E. and McKenna, P. (1975) 'The use of current reading ability in the assessment of dementia', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 14: 259–67.
Nelson, H. E. and Willison, J. (1991) *National Adult Reading Test: Test Manual*, Windsor: NFER-Nelson.
O'Carroll, R. E., Baikie, E. M. and Whittick, J. E. (1987) 'Does the National adult reading test hold in dementia? *British Journal of Clinical Psychology* 26: 315–16.
O'Neill, D., Rice, I., Blake, P., Walsh, J. B. and Coakley, D. (1992) 'The geriatric depression scale: rater-administered or self-administered', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 511–15.
Orme, J. E. (1957) 'Non-verbal and verbal performance in normal old age, senile dementia and elderly depressives', *Journal of Gerontology* 12: 408–13.
Orrell, M., Howard, R., Payne, A., Bergmann, K., Woods, R., Everitt, B. S. and Levy, R. (1992) 'Differentiation between organic and functional psychiatric illness in the elderly: an evaluation of four cognitive tests', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 263–75.
Owens, W. (1966) 'Age and mental abilities: a second adult follow-up', *Journal of Educational Psychology* 51: 311–25.
Pattie, A. H. (1988) 'Measuring levels of disability – the Clifton Assessment Procedures for the Elderly', in J. P. Wattis and I. Hindmarch (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*, Edinburgh: Churchill Livingstone (61–80).
Pattie, A. H. and Gilleard, C. J. (1979) *Manual for the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*, Sevenoaks: Hodder & Stoughton Educational.
Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M. and Filos, S. (1982) 'Measurement of functional activities in older adults in the community', *Journal of Gerontology* 37: 323–9.
Powell, G. E., Bailey, S. and Clark, E. (1980) 'A very short version of the Minnesota Aphasia test', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 19: 189–94.
Rabbitt, P. (1982) 'How to assess the aged? An experimental psychologist's view: some comments on Dr Kendrick's paper', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 55–9.
Raven, J. C., Court, J. H. and Raven, J. (1976) *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*, London: H K Lewis.
Robinson, R. A. (1977) 'Differential diagnosis and assessment in brain failure', *Age and Ageing* 6 (Supplement): 42–9.
Roth, M., Huppert, F. A., Tym, E. and Mountjoy, C. Q. (1988) *CAMDEX – Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*, Cambridge: Cambridge University Press.
Ruddle, H. V. and Bradshaw, C. M. (1982) 'On the estimation of premorbid intellectual functioning: validation of Nelson and McKenna's and some new normative data', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 159–65.
Ryan, J. J., Paolo, A. M. and Brungardt, T. M. (1990) 'Standardisation of the WAIS–R for persons 75 years and older', *Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2: 404–11.

Rybash, J. M., Hoyer, W. J. and Roodin, P. A. (1986) *Adult Cognition and Aging: Developmental Changes in Processing, Knowing and Thinking*, New York: Pergamon.

Sahakian, B. J. (1990) 'Computerized assessment of neuropsychological function in Alzheimer's disease and Parkinson's disease', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 211–13.

Sahakian, B. J. (1991) 'Depressive pseudodementia in the elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 453–8.

Savage, R. D., Britton, P. G., Bolton, N. and Hall, E. (1973) *Intellectual Functioning in the Aged*, London: Methuen.

Schaie, K. W. (1990) 'Intellectual development in adulthood', in J. E. Birren and K. W. Schaie (eds) *Handbook of the Psychology of Aging, 3rd edn*, San Diego: Academic Press (291–309).

Siegler, I. C. and Botwinick, J. (1979) 'A long-term longitudinal study of the intellectual ability of older adults – the matter of selective subject attrition', *Journal of Gerontology* 34: 242–8.

Simpson, P. M., Surmon, D. J., Wesnes, K. A. and Wilcock, G. K. (1991) 'The cognitive drug research computerized assessment system for demented patients: a validation study', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 95–102.

Skurla, E., Rogers, J. C. and Sunderland, T. (1988) 'Direct assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease: a controlled study', *Journal of American Geriatrics Society* 36: 97–103.

Stevens, S. J., Pitt, B. M. N., Nicholl, C. G., Fletcher, A. E. and Palmer, A. J. (1992) 'Language assessment in a memory clinic', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 45–51.

Stuart-Hamilton, I. (1991) *The Psychology of Ageing: An Introduction*, London: Jessica Kingsley.

Teri, L. and Lewinsohn, P. (1982) 'Modification of the Pleasant and Unpleasant Events schedules for use with the elderly', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 444–5.

Twining, C. (1990) 'Assessment of personal adjustment', in J. R. Beech and L. Harding (eds) *Assessment of the elderly*, Windsor: NFER-Nelson (87–99).

Volans, P. J. and Woods, R. T. (1983) 'Why do we assess the aged?' *British Journal of Clinical Psychology* 22: 213–14.

Walker, S. (1980) 'Application of a test for aphasia to normal old people', *Journal of Clinical and Experimental Gerontology* 2: 185–98.

Ward, T., Murphy, E. and Procter, A. (1991) 'Functional assessment in severely demented patients', *Age and Ageing* 20: 212–16.

Ward, T., Murphy, E., Procter, A. and Weinman, J. (1992) 'An observational study of two long-stay psychogeriatric wards', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 211–17.

Warrington, E. K. (1984) *Recognition Memory Test Manual*, Windsor: NFER-Nelson.

Wechsler, D. (1955) *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*, New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1981) *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scales – Revised*, New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1987) *Wechsler Memory Scale – Revised*, New York: Psychological Corporation.

Weeks, D. J. (1988) *The Anomalous Sentences Repetition Test*, Windsor: NFER-Nelson.

Whitehead, A. (1973) 'Verbal learning and memory in elderly depressives', *British Journal of Psychiatry* 123: 203–8.

Wilkie, F. and Eisdorfer, C. (1971) 'Intelligence and blood pressure in the aged', *Science* 172: 959–62.

Willcocks, D. M., Peace, S. M. and Kellaher, L. A. (1987) *Private Lives in Public Places*, London: Tavistock.

Williams, B. W., Mack, W. and Henderson, V. W. (1989) 'Boston naming test in Alzheimer's disease', *Neuropsychologia* 27: 1073–9.

Wilson, B. A., Cockburn, J. and Baddeley, A. D. (1985) *The Rivermead Behavioural Memory Test*, Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company.

Woods, R. T. and Britton, P. G. (1985) *Clinical Psychology with the Elderly*, London: Croom Helm/Chapman and Hall.

Yesavage, J. A., Brink, T. L. and Rose, T. L. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report', *Journal of Psychiatric Research* 17: 37–49.

الفصل الثانى والعشرون

عـلاج مشـكلات المسـنين

Problems in the elderly :Treatment

R. T. Woods ر . ت . وودز

الفصل الثاني والعشرون

علاج مشكلات المسنين

R. T. Woods ر . ت . وودز

مقدمة

المشكلتان الرئيسيتان فى مجال الصحة العقلية للمسنين ، هما العته والاكتئاب ، ويعانى حوالى ٥ فى المئه من الأشخاص الذين يتجاوزون الخامسة والستين من حالة عته ، وهناك زيادة حادة فى انتشاره بين من تجاوزوا الثمانين . وقد شخص حوالى ٢٠ فى المئة من عينة ممثلة ، فحصهم طبيب نفسى على انهم مصابون بالعته ، ويوجد اكتئاب يقدر بوصفه اكتئاباً حاداً لدى ٤ فى المئة ، ممن تجاوزوا الخامسة والستين ، وتتضمن هذه النسبة أولئك الذين توجد لديهم أعراض ذهانية ، وأولئك الذين يحتاجون لعلاج فى المستشفيات . كما يوجد اكتئاب متوسط الدرجة لدى ١٣ فى المئة مع انخفاض أكبر فى المزاج ، ولدى ٣ فى المئة اضطراب قلق عام ، ولدى ١٠ فى المئه اضطرابات مخاوف ، وهى مخاوف أماكن مفتوحة أساساً (Lindesay et al., 1989) ، وقد قدر ٤٠ فى المئة من عينة الخوافيين هذه على أن لديهم اكتئاباً كذلك. ونحيل القراء إلى جاكوبى واوبنهمر Jacoby and Oppenheimer (1991) للحصول على تقدير شامل للاضطرابات السيكايترية فى المراحل العمرية المتأخرة ، وإلى واتيس وتشيرش Wattis and Church (1986) للحصول على تقدير عملى مختصر .

العلاج النفسى لمرضى العته

مقدمة

عاده ما ينظر إلى التاريخ الطبيعى لحالات العته على أنها تتسم بتدهور متتالٍ فى مجال القدرات المعرفية ، ومهارات رعاية الذات ، ودائماً ماتكون مصحوبة باضطرابات فى السلوك . ومن غير المحتمل تطوير علاج نفسى يعالج تماماً هذه الآثار . ويتعين أن يكون هدف العلاج تحسين نوعية حياة كل الأفراد، الذين يعانون العته ، وأولئك الذين يقومون على رعايتهم . وقد أصبح من المعترف به فى السنوات الأخيرة على نطاق واسع أن لهذه الاضطرابات تأثيراً كبيراً على عائلات المرضى ، ودائماً ما تصاحبها مستويات مرتفعة من التوتر والاكتئاب (Morris et al., 1988) . وقد تتطلب التدخلات مع المرضى محاولات لتغير جوانب سلوكية معينة والمحافظه على الوظائف بقدر الإمكان ، وليس تحويلاً عكسياً لكل العمليات . وقد يكون تعبير « التدبر » [1] أكثر ملاءمة من « العلاج » (Miller, 1977) . وبصفة عامة يتعين أن يكون التدخل جزءاً من بيئة الشخص ، إذا كان يتوقع لتأثيره أن يستمر .

---

(1) Manegement.

وقد طورت أغلب مناحى التدخل فى أطار المواقف المؤسسية ، وهناك دلائل عامة أقل وضوحًا حول تأثيراتها على أغلبية المسنين ذوى العته ، الذين يعيشون فى المجتمع خارج المؤسسات ، والذين يتلقون المساندة من الأقارب والأصدقاء والجيران ، ومن خدمات الرعاية الحكومية . ويمكن إجراء تعديلات لاستخدامها فى مواقف الرعاية النهارية والمواقف الداخلية . وستناقش المناحى النفسية الموجهة إلى مقدمى الرعاية الأسرية فى جزء تال .

الحرمان الحسيى (١)

استهدفت المحاولات المبكرة « لعلاج العته نفسيًا تنبيه المرضى بطرق مختلفة (انظر Holden and Woods, 1998) وحيث عُقد تناظر بين سلوك مرضى العته ، وبين الاختلال المعرفى والحسى فى مرحلة الصغر لدى متطوعين ، عُرّضوا لحرمان شديد ولفترات طويلة من المنبهات الحسية . ويُعزى الحرمان الحسى لدى المسنين إلى توليفة من فقدان حدة الاحساسات ، والبيئة غير المنبهة فى كثير من مؤسسات كبار السن ، وإلى انسحاب الشخص بنفسه من بيئته . ويعد الحرمان الحسى مدمرًا بالنسبة للمرضى المصابين بالعته ، ممن تعتمد قوة ذاكرتهم الحالية المعاقه على المنبهات الخارجية للمحافظة على صلة بالبيئة الملائمة .

وسواء كان هذا التناظر صحيحًا أم لا ، أو كانت الدلائل المؤيدة له موقفية على أحسن الفروض ، فإن هذه الدراسات المبكرة حددت نمط الكثير من الجهود التالية ، وقد جرت محاولات لتغيير البيئه الفيزيقية ، ولتقديم نُظم رعاية ومجموعات عمل وتشجيع على درجة أكبر من الأستقلالية والاجتماعية والنشاط . وتتضمن الدراسات الحديثة التى حاولت تقييم تأثير انواع معينة من التنبيهات الحسية لمرضى العته الحاد Norberg et al. (1986) (الموسيقى – اللمس – وأشياء اخرى مختلفة) وفى دراسة جيبلر وهمسلى Gaebler and Hemsley (1991) (قدمت موسيقي) وفى دراسة هيوجى وزملائه Haughie et al. (1992) (قدمت كلاب منزليه) . والجدير بالذكر فى هذه الدراسات هو استجابة المرضى ذوى العته لجوانب من بيئتهم ، والملاحظات التفصيلية الدقيقة مطلوبه لتحديد هذه الاستجابة ، وهناك مخاطرة حقيقية ، تتمثل فى التقييم السلبى للمرضى ، باعتبارهم غير مستجبين على الإطلاق ، لعدم وضوح الاستجابة على الفور.

البيئة الفيزيقية

على الرغم من صعوبه تغييرالأبنية القائمة ، إلا أنه يمكن تعديل بعض جوانبها ، والمثال التقليدى لذلك هو إعادة ترتيب المقاعد فى غرف المعيشة والردهات . وقد أوضحت عدة دراسات (انظرHolden and Woods, 1988) أن ترتيب المقاعد فى مجموعات صغيرة حول مائدة لتناول القهوة ، يزيد من مقدار التفاعل الاجتماعى بين المقيمين . وتقارن هذه الزيادة فى التفاعل بما يحدث عندما تُصف المقاعد بصورة تقليدية إلى جانب الحوائط ، بما يسمح بالحوار بين الشخص والجالس على يمينه أو يساره فقط ، وهو أمر غير مريح . وتتضمن بعض التغييرات الأخرى توفير وسائل توضح معالم معينة فى المكان ، تساعد المقيمين على إيجاد طريقهم حوله (Hanleg, 1981) ، واستخدام لوحات لأبواب الخروج أو خطوط إتجاه مرسومة على الارض (Hussian and Brown 1987) أو مرايا بالحجم الطبيعى (Mayer and Darby, 1991) ؛ لكى تقلل بقدرما توهان المرضى خارج الجناح المخصص لهم ، وقد وضعت هذه العوامل الفيزيقية فى الاعتبار بقدر أكبر عند تصميم منشآت جديدة للمرضى المصابين بالعته (Manser, 1991; Marshall, 1992; Netten, 1993) وتهتم التصميمات الحديثة بالوحدات المعيشية الصغيرة التى تتسع

(1) Sensory depriviation.

لإقامة عشرة أشخاص بحد أقصى فى كل وحدة ، وتتكون كل وحدة من غرف فردية للنوم ومنطقة عامة تتوفر بها الخدمات المنزلية ، بهدف تحقيق مناخ منزلى والإقلال بقدر الإمكان من إعاقات الشخص . وهناك تقييم للتأثير الشامل لهذه التصميمات على المقيميمن ، وفريق العناية (مثال ذلك مخطط دوماس Damus فى الولايات المتحدة(Lindesay et al., 1991)، ونظام كانتو Cantou فى فرنسا .,Ritchie et al) (1992 غير أنه لا يمكن عزل البيئة الفيزيقية عن نظام الرعاية المقدم . وتوفر أغلب المؤسسات الاحتياجات الفيزيقية للمقيمين من مرضى العته بطريقة جيدة . وتوفير فريق الرعاية للطعام والشراب والمأوى والعون أمر واضح بالرغم من أنه دائمًا ما يتطلب المزيد. وتحاول المؤسسات الجيدة أيضًا الوفاء بالاحتياجات النفسية الأكثر تعقيداً للشخص .

الرعاية النموذجية

إذا كان يجب زيادة مستوى جودة الحياة للمقيمين ، وجرت محاولة للوفاء بالاحتياجات النفسية ، فيجب على البيئة المؤسسية أن تشجع الجوانب الآتية :

١ - قيام الرعاية على أسس فردية ، مثال ذلك يجب أن يستخدم المقيمون دورة المياه وفقًا لنمط استخدامهم الطبيعى للتبول ، وليس فى عدد من المرات ، تتاح لهم جميعًا كمجموعة ، ويجب اعداد الأنشطة والألعاب ، والموسيقى وغيرها بما يلائم الأذواق والتفضيلات الفردية ، كما يحب وجود برامج للرعاية الفردية . (Holden and Woods, 1988)

٢ - زيادة إحساس المقيمين بالقدرة على التحكم فى بيئتهم ، فى أى ترتيبات الإقامة الجماعية ، وأحيانًا ما يفتقد مثل هذا التحكم ، وقد تكون لجان المقيمين غير ملائمه لمن لديهم إعاقات معرفية حادة ، غير أن الاختيار يجب أن يظل متاح أمامهم ، وأن يقدم لهم حتى يستطيعوا الاستجابة . مثال ذلك ما أوضحة ديفيد وسنث David and Snaith (1980a) من أن إمكانية اختيار الاطعمة من قائمة طعام استبعدت فى بعض المواقف أو قدمت بطريقة شديدة التعقيد .

٣ - الحفاظ على المهارات أسهل من استعادتها فى حالة مرضى العته ، لذا يتعين أن تستثير آلبيئة وتعزز محافظة المقيم على قدراته ، وأن لاتعزز بصورة تميزية السلوك غير الاستقلالى ، أو غير الملائم كما يحدث دائمًا (Baltes, 1988) ، ويعنى هذا أنه يجب إعطاء المقيمين وقت كاف لإطعام أنفسهم، وارتداء ملابسهم بأنفسهم مثلا ، بدلاً من إطعامهم وإلباسهم الملابس لمجرد الانتهاء من ذلك بسرعة ،أو لتجنب مقاطعة روتين جامد . ويجب ألا تشكل مشكلات عدم ضبط النفس والصياح والتوهان فى المؤسسه كل اهتمامات فريق الرعايه ، وإلا فإن المشكلات ستصبح أسوأ .

٤ - علاج المقيم المريض بالعته بوصفه انسانًا من المؤكد أنه معاق ، ولكن يظل له الحق فى أن يحظى بالاحترام ، وأن لا يعامل بوصفه شيء أو على أنه أبله أو دمية أو طفل ، فالمقيم عاش خبرة الانسان الراشد ، وهو يتوافق الآن مع مهانة الفشل العلنى ، ولا يوجد من يتحدث إليه ، وهو يشاهد أشكال فقدان الكرامة الأخرى فى المؤسسة ، ويجب عدم الأرتكان إلى فقدان المريض للاستبصار ،أو تعرضه لضعف الذاكرة لاعتبار أن الأمر لايهم . وبعيداً عن المبادئ الإنسانية التى يتضمنها الموقف ، يبدو من المحتمل أن الأشخاص المصابين بالعته سيعملون بأفضل ما يمكنهم فى بيئة تتشكل ؛ للمساهمة فى أن يعيش الأفراد خبرة النجاح والمحافظة على بعض استقلاليتهم ، وليس أن يعرفوا معنى الفشل وانعدام الكرامة ، وحيث يستطيعون الشعور بالأمان وعدم التوتر الزائد ، وحيث يُعنى بهم الآخرون ويستطيعون هم العناية بالآخرين، ويذكر كيتوود Kitwood فى سلسله من المقالات المهمة للغاية ;e. g. kitwood, 1990)

(Kitwood and Bredin, 1992) أن ما يصفه باعتباره علم النفس الاجتماعى السئ فى مجال العته ، هو الذى يعالج الشخص على أنه أقل من شخص ، مقللاً من شأنه ، مضعفًا له ، متفضلا عليه بالرعاية ، بما يؤدى إلى تفاقم الحالة وسرعة حدوث الاختلالات العصبية . وعلى هذا ، فإن جوهر الحفاظ على الوظائف العقلية ينتج عن وضع الشخص فى بؤرة الرعاية ، وهو ما يعنى الاعتراف بإنسانيته والسعى إلى تأكيدها لدى المرضى ، الذين يعانون من العته .

تغير البيئة

إحدى الدلالات المهمة لمراجعتنا المختصرة هذه للمؤسسة النموذجية ، هى أن نجاح أى دراسة للتدخلات تركز على جانب واحد فى البيئة ، قد تعتمد بشكل جيد على بقية خصائص البيئة الاخرى . مثال ذلك أن تقديم جلسات للنشاط الأسبوعى قد يكون له تأثير ضخم على موقف لا تقدم فيه أيه أنشطة بصورة روتينية ، بينما يكون أقل أهمية فى وحدة ، تكون فيها الأنشطة الفردية جزءاً من الحياة اليوميه (وقد وصف هيد وزملاؤه Head et al., 1990 مثالاً لذلك) . وعندما يُعامل المقيمين بصورة غير إنسانية قد تعكس جلسات الأنشطة المناخ العام ، وتصبح خبرة أخرى من خبرات الفشل لهم ، وفى بعض المواقف الاخرى التى تتبنى منحىً يكون الفرد محورة ، تصبح الأنشطة أكثر التصاقًا بالشخص وملائمة لقدرات واهتمامات كل مقيم وتصبح أكثر فائدة – وأى تعميم للنتائج عبر المواقف ، يفترض تشابهًا فى الاتجاهات والنظام .

مثال ذلك ماذكره ديفز وسنت Davies and Snith (1980 b) – حول الفروق الكبيره فى مناخ وقت تناول الوجبات بين جناحين متناظرين للمسنين ، حيث كان بمثابة مناسبة اجتماعية فى أحد الجناحين، بينما كان يحدث تفاعل ضئيل فى الجناح الآخر (غالبًا ماكان فريق الرعاية هو الذى يحفزه) ، وحيث كانت تقدم للمرضى اختيارات أقل ، وكانت هناك أوقات كثيرة يتجاهل فيها أفراد الفريق رغبات المرضى .

وقد تبين أن الفروق تتعلق بالبيئة الفيزيقية للمؤسسة ، حيث كانت هناك مسافة اجتماعية بين الفريق والمرضى ودور ممرض الجناح . وتغيير أحد هذه المتغيرات (البيئة الفيزيقية) بجعل المرضى يجلسون حول مائدة أدى إلى زيادة فى مقدار التفاعل بينهم ، بشكل مؤقت على الأقل (Davies, 1982) . ويجدر ملاحظة أن الشخص المسئول عن الوحدة ، قد يكون له تأثير جوهرى على التوقعات والاتجاهات ونمط الرعايه .

وبالمثل أوضح ميلن وجوتستام Melin and Gotestam (1981) حدوث تحسن فى مهارات تناول الطعام والتفاعل الاجتماعى لدى مرضى العته ، أثناء تناول الوجبات ، نتيجة لإحداث تغيير فى نظام يتسم بالصرامة فى فرض حدود للوقت ، أثناء قيام فريق الرعايه بإطعام المرضى البطيئين إلى نظام يمنح فيه وقت غير محدد للإنتهاء من تناول الطعام ، مع تأكيد الخصائص الاجتماعية للموقف ، وبما يسمح بالمزيد من الاختيارات والاستقلالية ، وقد ظهرت فى الدراسة نفسها زيادة فى التفاعل الاجتماعى والانشطة ، لوحظت عندما سُمح بالاختيار والاستقلالية .

ويصف بران وزملاؤه Brane et al. (1989) نظامهم بأنه تعزيز الرعاية المتكاملة [1] ، ويتضمن هذا النظام رعاية على المستوى الفردى ، وتشجيع الاختيارات ، وتوفير مناخ أكثر شبهًا بجو البيت، والسماح بارتداء الملابس الشخصية والاحتفاظ بالممتلكات الخاصة ، وتشجيع الأنشطة مع السماح

(1) Integrity Promotion Care.

للمرضى بالاشتراك فيها بكامل حريتهم . وبعد ثلاثة أشهر لوحظ تحسن متنوع لدى المرضى فى هذا الجناح ، مقارنة بمجموعة ضابطة تتلقى رعاية تقليدية ، وتضمنت المجالات التى حدث فيها تحسن كلاً من المزاج والاداء الحركى ، والخلط ، والتشتت .

تعديل السلوك (١)

على الرغم من الاهتمام الواضح والتوقعات ، فمازال هناك القليل نسبيا من التقارير حول التطبيق الناجح لأساليب تعديل السلوك للمرضى بالعتـه جيدى التحديد (Patterson and Jackson, 1980; Holden and Woods, 1988; Woods and Britton, 1985) . وقد تضمنت التدخلات الناجحة التوهان داخل المؤسسة ، وبعض السلوكيات النمطية الأخرى غير الملائمة (Hussian, 1981) ، وزيادة التوجيهات (انظر القسم التالي) ، وزيادة التفاعل الاجتماعى والمشاركة (Carstensen and Erickson, 1988) وزيادة الحركة (Burgio et al. 1986) ، وزيادة المشاركة فى الانشطة (Burton, 1980) ، وإظهار السلوك المرغوب من خلال موشرات تنبهية ، أو تقديم منبهات فارقة قوية للسلوك ، والذى برهن دائماً على أنه هو العنصر الجوهرى فى البرنامج ، وليس جداول التعزيز فى حد ذاتها . مثال ذلك أن التقدم الذى حدث فى دراسة برجيو وزملائه .Burgio et al ، والذى استهدف زيادة حركة المرضى ، كان شديد السرعة لدرجة أن المؤلفين استخلصوا أن إمكانيه المشى لابد أن تكون عنصراً مهماً، ويحتمل أنه تصادف أن كانت الرعاية فى هذا البيت للرعاية ، هى التى لم تكن تشجع على المشى ، ربما لاقتناع فريق الرعاية بضرورة أن يظل المقيمون على مقاعدهم المتحركة . ويعد ذلك مثالاً جيداً لوجود إعاقات زائدة ، وحيث يكون أداء الشخص فى أسوأ مستوياته بأكثر مما تفرض حالة العته لديه وذلك استجابة لسلوك واتجاهات مقدمى الرعاية ، كما يعد ذلك أيضاً مثالا لمفهوم كيتورد عن « علم النفس الاجتماعى السئ » .

وبقدر شيوع الصعوبة ، بقدر صعوبة التعامل معها ، فمشكلات عدم السيطرة على الحاجات كانت محوراً لنتائج متضاربة ، عندما طبقت الأساليب السلوكية ، وقد استخدم شينل وزملاؤه Schnelle et al. (1989) وبورجيو وزملاؤه Burgio et al. (1988) بنجاح اجراء تفريغى تنبيهى ، وحيث طلب من المقيمين فى دار للرعاية ببساطة أن يذكروا وفق قوائم منتظمة ، كل ساعة مثلا ، مدى رغبتهم فى استخدام دوره المياه ، وعززت بناء على ذلك السيطره على الحاجة بشكل نظامى ، ولم يكن الهدف هنا هو التدريب الاستقلالى على استخدام دورة المياه .

والواقع أن التنبيه الذاتى للحاجة إلى دورة المياه أصبح أقل تكراراً فى الدراسة التالية . وقد استخدم رونا وزملاؤه Rone et al. (1986) إجراءً أكثر تعقيداً ، هادفين من ورائه زيادة الاستقلال فى استخدام دوره المياه ، كانت له نتائج متضاربة ، فقد أظهر المرضى الذين كانوا يفقدون السيطرة على أنفسهم مرة فى اليوم بعض التحسن ، بينما لم يستجب المرضى متكررو فقدان السيطرة للبرنامج التدريبى .

وتتطلب السيطرة على الرغبة عدداً من المهارات المختلفه ، منها العثور على دورة المياه ، وتعرفها ، وفك الملابس . . إلخ ، كما تتأثر لدى المسنين بعدد من العوامل الفيزيقية .

وتوفر المناحى متعددة النماذج التى تتناول الجوانب الفيزيقية والنفسية والبيئية ، وتحلل العوامل

(1) Behaviour Modification.

التى تؤدى إلى فقدان السيطرة على الرغبات فى كل حالة ، وتعدل نُظم استخدام دورات المياه للأنماط المختلفه من التبول الكثير من العون ، فى هذا المجال (Hodge, 1984) .

التكيف مع الواقع

التكيف مع الواقع [١] كما يصفه هولدن وودز Holden and woods (1988) يسعى لجعل الشخص يتكيف لفظيًا وسلوكيًا . والهدف منه هو مساعدة مرضى العته ليكونوا أكثر وعيًا بما يحدث حولهم ، وأن يكونوا قادرين على استخدام هذه المعلومات فى حياتهم اليومية . ويتم عدم تدعيم الحديث المختلط أو المفكك بصورة منْظمة . ويجرى التكييف مع الواقع بصورة غير رسمية على مدى الأربع والعشرين ساعة من اليوم ، فى كل تفاعل يحدث بين أفراد الفريق والمريض ، ويتم تشجيع المريض على استخدام معينات للتذكر كالمؤشرات والملاحظات . وتهدف جلسات التكيف للواقع أستكمال التكيف للواقع، الذى يتم على مدى اليوم . وفيها تجتمع مجموعة صغيرة من ثلاثة إلى أربعة مرضى يوميا فى المعتاد لمدة حوالى نصف ساعة . وتجرى مساعدة الأفراد ، من خلال انشطة منظمة ، ومناقشات على النجاح فى استخدام المؤشرات والتنبيهات ، مع تدعيم السلوك الملائم .

وقام هولدن وودز Holden and Woods (1988) بعدد من المراجعات المضبوطة وأوردا وجود تأثير محدد ، ولكنه جوهرى لجلسات التكيف مع الواقع ، وذلك على مقاييس التكيف اللفظى فى عدد من المواقف المتنوعه . وكانت فترات التكيف للواقع الممتدة على مدى الأربع والعشرين ساعة موضوعًا لعدد أقل من الدراسات التقييمية ، على الرغم من وجود عديد من الدراسات ، التى ذكرت فعالية جلسات التدريب النوعى فى مساعدة المرضى المتدهورين على العثور على طريقهم حول الجناح أو فى المنزل ، والتى كانت تستخدم معالم عيانية (Lem and Woods, 1986). وقد أوضح ريف وايفسون Reeve and Ivison (1985) حدوث تحسن فى التوجه المكانى جاء تاليا لتطبيق برنامج تكيف مع الواقع على مدى الأربع وعشرين ساعه من اليوم . وبالمثل أوضح وليمز وزملاؤه Williams et al. (1987) حدوث تحسن معرفى وسلوكى، ارتبطا بالتكيف مع الواقع ، خلال الأربع والعشرين ساعة . وكثيراً ما استخدمت الذكريات الماضية لتقوية الصلات فى جلسات التكيف مع الواقع ، وقد جذبت الاهتمام بوصفها منحىً قائمًا بذاته . كما استخدم العلاج باستعادة الذكريات [٢] مع الأفراد ، ومع مجموعات صغيرة (Noriss, 1986; Thounton and Brotchie, 1987; Woods et al., 1991) . وقد استخدمت فيه الصور الفوتوغرافية والسجلات التاريخية ، وبنود من الماضى لتنبيه مجموعة متنوعة من الذكريات الشخصية . والدراسات التقييمية لاستخدامه مع اشخاص مصابين بالعته قليلة ، ولم تظهر بعد تأثيراته بصورة واضحة . وقد وجد هيد وزملاؤه Head et al. (1990) زيادة فى مقدار التفاعل فى مجموعة واحدة ، عند مقارنته بنشاط بديل ، غير أن مجموعة فى دار أخرى للرعاية النهارية فشلت فى اظهار ميزة فارقة له ، بعد انخراطها فى أنشطة استعادة الذكريات . وقد أورد باينس وزملاؤه Baines et al. (1987) بالمثل نتائج خاصه بمجموعتين ، أظهرت احداهما فقط تحسنًا فى التكيف وفى الأداء خارج المجموعة . ومن الواضح أن هذا النشاط مثير لشغف عديد من المسنين المصابين بالعته – إلا أنه لا يوجد حتى الآن إلا عدد قليل من الدلائل ، حول استمرار تأثيره بعد انتهاء الجلسات الجماعية ، أو على أنه أكثر فعالية فى زيادة التفاعل داخل المجموعات ، من أى نشاط آخر.

---

(1) Reality Orientation (RO) .
(2) Reminid Scence therapy.

وهناك عدم رضا عن التكيف للواقع ، الذى يمكن أن يطبق بطريقة متصلة ، تخلو من المشاعر ، إذ كان يؤكد بشدة على تصحيح أخطاء الشخص ، بدلاً من السعى نحو فهم محاولاته للتواصل (Dietch et al, 1999 ، وقد أدى ذلك إلى زيادة الاهتمام بالعلاج الفعال [1] (Feil, 1989) ، وحيث جرت محاولات لتبين محتوى المشاعر والانفعالات الخاصة بما يقوله الشخص ، بدلاً من التركيز على المضمون الواقعى والاستجابة له . وقد بدأت الدراسات التقييمية فى الظهور (Morton and Bleath man, 1991; Bleathman and Morton, 1992) ، إلا أن النتيجة حتى اليوم هى أن النجاح فى استعادة الذكريات هو إضافة مفيدة لرصيد الأساليب ، التى يمكن استخدامها ، عند العمل مع مجموعات الأشخاص والأفراد المصابين بالعته . دون وجود دلائل واضحة على اثار للمقاومة ، أو على نتائج أفضل بصفة عامة من بقية الأساليب . وقد اوضح وودز Wood (1991) أن الأساليب المحورية فى العلاج الفعال تتوافق مع أساليب التكيف مع الواقع ،عندما تستخدم بطريقة فردية وحساسة ، وهو يرى أن النظر إلى الأساليب الأخرى، بوصفها أساليب منافسة يمكن أن يبعد الانتباه عن الحاجة إلى العثور على أكثر استراتيجيات العمل فعالية مع أشخاص معينين ، خلال فترة معينة .

اتجاهات الفريق

يرتكز تقييم هذه الأساليب بصفة عامة على التغيرات فى سلوك المرضى ، على الرغم من أن تغير اتجاهات وسلوك فريق العناية قد يكون له القدر نفسه من الأهمية فى المؤسسة ، مثال ذلك أن استعادة الذكريات قد تكون لها قيمة خاصة من حيث أنها تضع الأشخاص المصابين بالعته فى موقف ، يكون لديهم فيه ما يعطونه ، من خلال وصفهم للأحداث والخبرات للآخرين ، ممن لم يشاركوا فى مثل هذه الخبرات، ويؤدى ذلك إلى مساعدة أفراد الفريق على رؤية الأفراد فى سياق كل حياتهم وعملهم وعلاقاتهم واهتماماتهم ، وغير ذلك ، وهو ما يمكن أن يساعد بقدر كبير على أن تصبح الرعاية على أسس شخصية . وقد تزايدت بالتأكيد معارف فريق الرعاية بالمعلومات الشخصية للمقيمين ،الذين اشتركوا فى استعادة الذكريات (والتكيف مع الواقع) فى دراسه بانيس وزملائه .Baines et al ، وقد تؤدى الأساليب الأخرى بالمثل إلى تغيرات فى الاتجاهات . وقد ذكر انجستاد وجوتستام Ingstad and Gotestam (1987) حدوث تغيرات إيجابية فى اتجاهات الفريق فى جناح لمرضى العته الحاد ، جاء تالياً للتغيرات فى البيئة ، وصفها ميلن وجوتستام Melin and Gotestam (1981) .

ويبدو من المهم فى أى موقف القيام بتحليل متآن لاتجاهات الفريق ، وتوقعاته والإطار المؤسسى ، ولتجنب التسرع فى هجر طريقة علاجية بوصفها غير مجدية . وعادة ما تكون هناك حاجة للعمل بكل حرص وبشكل متواصل وبصبر مع الفريق المسئول على كل المستويات ، إذا كان الأمر يقتضى أن يحصل التدخل على فرصة لتطبيقة بصورة تحوز الرضا . مثال ذلك أنه يتعين على فريق الرعاية أن يدرك بكل الجدية ما إذا كانت البيئة هى أحد العناصر التى تستحق التكيف معها ، قبل تقديم برنامج التكيف مع الواقع . ويوفر منحى التخطيط للعناية الفردية إمكانيات التركيز على تفرد الرعاية اعتمادا على الاحتياجات الفردية ومصادر القوه وآفات الشخص ، ولوضع أهداف العلاج فى خطه للرعاية ، الشخصية تقوم على تحديد أين يكون الشخص بصفة دائمة فى أدنى مستوى لأدائه . وقد بين باروكلوف وفيلمنج (Barrowclough and Flemming, 1986) إمكانيه تدريب أفراد الفريق فى بيوت الإقامة بشكل فعال؛ ليقوموا باستخدام هذه الأساليب ، التى تتناسب جيداً مع مجال العمل المتكامل ، الذى وصفه هولدن وودز

(1) Validity Therapy.

Holden and Woods (1988) . وتنطبق الأساليب ذات الطابع الفردى فى تدبير الرعاية كما طبقها شاليس وزملاؤه Challis et al. (1988) على مسنين مصابين بالعته ، وعلى القائمين على رعايتهم فى المجتمع الخارجى .

ولدى فريق الرعاية مهمة صعبة تتمثل فى التعامل مع اضطراب له تاريخ طبيعى فى التدهور التدريجى ، وله وجود على المستويين العقلى والبدنى ، وحتى خفض معدل التدهور لا يماثل نجاح رؤية المريض يتحسن . ويحتاج أفراد الفريق للمساعدة على تحديد التغيرات الدقيقة للغاية والتى قد تتضمن إمكانات مهمة فى مستوى الحياه المتاحة . ويعد الدعم المتبادل والتشجيع أمراً جوهرياً فى هذا العمل المرهق والمثير للتوتر . وتتطلب هذه الجوانب اهتماماً من علماء النفس بقدر الاهتمام – إن لم يكن أكثر – بتفاصيل حزم العلاج المستخدمة .

التدخل مع مقدمى الرعاية الأسرية

تزايد الوعى خلال الأعوام الأخيرة بالدور المحورى لمقدمى الرعاية الاسرية فى دعم المسنين ذوى العته فى منازلهم ، وبالثمن الفادح الذى يدفعه الكثيرون من مقدمى الرعاية من توترهم واكتئابهم ، عندما يجدون أن عليهم التغلب على فقدانهم الجوهرى للشخص ، وما كان عليه فى الماضى ، بالإضافة إلى تعاملهم يومًا بعد يوم مع أنماط مستمرة من التدهور المعرفى ، وقدرات العناية بالذات ، مما لا يمكن التنبؤ بمقداره ، والذى كثيراً ما يكون مصحوبا باضطراب سلوكى ، يصعب التعامل معه داخل البيت .

ويوجد وصف لثلاث استراتيجيات للتدخل النفسى على الأقل ، تتضمن القضايا الخاصة بمقدمى الرعاية الأسرية . الأولى هى تعليم مقدمى الرعاية كيفية استخدام الأساليب السلوكية لتعديل سلوك الأشخاص المصابين بالعته ، وقد استخدم بنكستون وزملاؤه Pinkstone et al. (1988) هذا الأسلوب مع ٦٦ من مقدمى الرعاية ، مستهدفين عدداً من المجالات ، بما فى ذلك رعاية الذات والعدوان والمشى ، وقد استخدمت تصميمات لحالات فردية لتقييم التغيرات فى الأهداف السلوكية . وقد أظهر أكثر ٧٥ فى المئة من المرضى تحسنًا نسبيًا . وفى دراسة مثيرة لحالة فردية ، قام جرين وزملاؤه Green et al. (1986) بتعليم إحدى القائمات على الرعاية استخدام المدعمات الاجتماعية لزيادة تلقائية وملاءمة السلوك اللفظى المعاق معرفيًا لزوجها. وعندما تكون هذه الاستراتيجية مؤثرة ، يمكن استخدامها لمساعدة مقدمى الرعاية على الشعور باحساس عظيم بالتحكم ، وإحساس أقل بفقدان الحيلة ، كما تتضمن إمكانية تحسين حالته المزاجية . وقدأوضح هنشليف وزملاؤه Hinchliffe et al. (1992) فى دراسة استطلاعية صغيرة أن اثنين من مقدمى الرعاية ، الذين تعلموا بنجاح استخدام أساليب التحكم السلوكية لخفض بعض الأنماط المعينة من سلوك التهيج ، قدما تقارير عن انخفاض حاد فى توترهم . وعلى الرغم من ذلك ، يكون الأقارب عند أول مقابلة فى أزمة ، ودائمًا ما يكون التوتر قد أصبح غير محتمل ، ومن الأفضل ضرورة تعلم هذه الأساليب فى فترة أكثر تبكيراً ، عندما يكون من الممكن التحكم فى التوتر ، أو أن يقدم لمقدمى الرعاية غير الضالعين انفعاليا مع المريض . ويمكن استخدام بعض الأساليب الأخرى مثل إستعادة الذكريات ؛ لتيسير التواصل بين المسن وأقاربه (Davies, 1981) . وأفراد الأسرة هم أفضل من يستطيع استخدام المؤثرات التنبهيه ، مثل ألبومات الصور والمقتنيات الأسرية الموروثة وغيرها .

محور الاستراتيجية الثانية هو مشاعر التوتر على وجه الخصوص لدى مقدمى الرعاية ، وحيث يتم تعليمهم استخدام أساليب خفض التوتر. وقدم جندرون وزملاؤه Gendron et al. (1986) جلسات تدريبية فى الاسترخاء والتوكيدية لمقدمى الرعاية ، وقد ذكروا مزايا محققة فى مجال خفض التوتر

والتوكيدية ومهارات حل المشكلات ، مقارنة بمجموعة ضابطة من مقدمى الرعاية ، وعلى امتداد ستة أشهر من المتابعة . وقام ساتكليف ولارنر Sutcliffe and Larner (1988) بتعليم مجموعة صغيرة من مقدمى الرعاية أساليب التعامل مع القلق والتحكم فى الغضب ، وقد اقترن هذا الشكل من التدخل بانخفاض كبير فى التوتر ، مقارنة بأسلوب تقديم المعلومات المتعلقة بالعته لمقدمى الرعاية .

الاستراتيجيه الثالثه تعليميه بالمعنى الواسع ، وهى تتجه بالاضافه إلى عناصر الاستراتيجيتين السابقتين إلى الجوانب المعرفية ، أى ادراكات واعزاءات مقدمى الرعاية حول الموقف ، وطرق مضاعفه المساندة فى اطار الخدمة الرسمية والأسرية والاصدقاء .

وقام لوفيت وجلاجر Lovett and Gallogher (1988) بتعليم مهارات حل المشكلات بوصفها تدخلا نفسيا تعليميا ، ووجدا انخفاضا ملموسا فى مستويات الاكتئاب . وعلى الرغم من ذلك فلم تجد كل الدراسات تحسنا فى المتغيرات الأساسية للاكتئاب والتوتر ، عند المقارنة مع مجموعة ضابطة (e. g. Zarit et al., 1987) وقد وفر بروداتى Brodaty (1992) مراجعة مفيدة للتراث ، والقى الضوء على جوانب الضعف فى الدراسات المنشورة حديثًا ، والتى كثيرًا ما استخدمت فترات تدريب قصيرة للغاية ، ودون أن تستهدف مقدمى الخدمة ذوى المستويات المرتفعة التوتر بصورة مناسبة . وقام برودانى وجريشام Brodaty and Gresham (1989) بالجمع بين المرضى ومقدمى الرعاية معا فى وحدة خاصه داخل المستشفى ، وبينما كان مقدمو الرعاية يتلقون تدريبًا على استراتيجيات التغلب ، كان المرضى يحضرون جلسات للتدريب على التذكر . وقد ذكر مقدمو الرعاية مستوى أقل من التوتر على مدى اثنى عشر شهراً من المتابعة ، مقارنة بمجموعة ضابطة من مقدمى الرعاية ، ممن حضر أقاربهم التدريب لفترة مناظرة ، ولكن دونهم ، وبذا يكونوا قد تلقوا فترة راحة من مهامهم وليس تدريبًا ، وقد اتجهت مجموعة المرضى الضابطة إلى العناية المؤسسية فى فترة أسبق من مرحلة دخول الاقارب ومقدمى الرعاية ، الذين تلقوا التدريب . ومازال الجدل قائمًا حول مزايا الارشاد الفردى فى علاقته بالأساليب الجماعية ، واستخدام أقران للإرشاد (والذين يتلقون تدريبًا جيداً ويعملون تحت الإشراف) بدلاً من المعالجين المحترفين (Tosel et al., 1989; Tosel and Smith, 1990) . ومن الواضح أن هذا المجال يتضمن إمكانات كبيرة ، إلا أنه مازالت هناك حاجة لقدر كبير من العمل ؛ لتطوير أساليب تفصل خصيصاً لكل حالة فردية ، وذلك قبل ظهور التوتر والاكتئاب اللذين يثقلان كاهل مقدمى الرعاية حتى يستطيعوا العمل بثقة .

علاج الاضطرابات الوجدانية

مقدمه

يبدو أن العلاج النفسى (١) للاكتئاب يقدم بقدر أقل للمسنين ، مقارنة بالراشدين الأحدث عمراً . وعلى الرغم من أن الاساليب الفارماكولوجية الفعالة متاحة على نطاق واسع ، إلا أن هناك صعوبات فى استخدامها على مدى طويل مع بعض المرضى المسنين ، من ذوى المشكلات الصحية المعينة ، ومعدلات الانتكاس المرتفعه نسبيًا (Murphy, 1982) ، ويشفى عدد كبير من المرضى جزئيًا فقط ، مع استمرارعدد من الأعراض المعوقة معهم . ونسبة تصل إلى العُشر لا يتحسنون على الاطلاق ، وبالتالى يوجد ، بكل تأكيد ، مجال لاستخدام الأساليب النفسية ، التى يمكن أن تكون بديلاً للعلاج الفيزيقى .

(1) Psychological treatment.

وسيتم التركيز فى هذا القسم على العلاج المعرفى السلوكى ، ونحيل القراء المهتمين بالعلاج النفسى [1] للمسنين إلى نايت (Knight (1986; 1992 وسماير وزملائه Smyer et al. (1990) .

وبصفة عامة ، يمكن القول أن التشابه بين علاج الأشخاص الأصغر عمرا ، والمسنين أكبر من الاختلاف . وهناك عدد من النقاط تستحق عناية خاصة .

الصحه الجسمية

يقترن الاكتئاب بشدة بالصحة العليلة لدى المسنين (Pitt, 1991)، والاعراض الجسمية شائعة لدى المسنين المكتئبين ، وقد يوجد الاكتئاب بوصفه مرضاً عضوياً . وعلى النقيض من ذلك ، قد يظهر المرض العضوى على انه اكتئاب أو معجل بالاكتئاب . وقد تؤثر العقاقير المستخدمه لكثير من الشكاوى العضوية فى المزاج ، أو تتدخل فى العلاج ، وقد تؤثر صحة الشخص فى المدى المطلوب تحقيقه من الأهداف ، أو فى مقدار الطاقة الذى يمكن للشخص أن يكرسه للعلاج . ويُنصح بالعمل اللصيق مع الزملاء الطبيين ؛ بحيث يقوم العلاج من خلال أفضل تقييم لمشكلات المريض العضوية ، وبالمثل يوجد للعجز فى الحواس علاقة ؛ ففقدان حدة البصر يمكن أن يعرقل إمكانية استخدام المواد المكتوبة فى العلاج المعرفى ، مالم يصحح هذا الفقدان بشكل مناسب . وفقدان السمع أو حتى درجة متوسطة من فقدانه يمكن أن يتدخل فى العمل الجماعى (انظر Rabbitt, 1988) ، ويمكن أن يحول عملية إعطاء تعليمات الاسترخاء إلى مهمة صعبة . وقد برهن استخدام المرضى للسماعات المحمولة مع سماعات الرأس ، واستخدام المعالج لميكرفون على أنه مفيد مع المرضى ، الذين يعانون من فقدان السمع .

التدهور المعرفى

وجه بعض الكُتاب (e. g. Church, 1983; 1986) الانتباه إلى التغيرات المعرفية عند المسنين فى القدرة على التجريد على وجه الخصوص ، وأوضحوا أنها يمكن أن تؤدى لجعل تطبيق العلاج الذى يتضمن أفكاراً مجردة أمراً صعباً . وبالتالى فهناك حاجة ماسة لأن يقوم العلاج المعرفى على أساس عملى وسلوكى ، بقدر أكبر . ومن غير الواضح ماهو المدى الذى تصل إليه التغيرات العمرية الفعلية ، ويبدو أن الفروق بين الأجيال تعمل هى الأخرى ، كما أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين المرضى . ويحتاج الأمر لأن يتم تفصيل العلاج بعناية ، على أساس الإمكانات العقلية لكل مريض على حدة ، مثال ذلك أن عديداً من المرضى المسنين يجدون أن عملية تسجيل الأفكار التلقائية أمر شديد الصعوبة ، وعلى الرغم من ذلك يستطيع بعضهم القيام بهذا التسجيل .

الفقـــدان

يعانى أغلب المسنين من مشاعر فقدان عدد من الأشياء مثل العمل والصحة ، والجهاز الحسى ، وبيت الأسرة ، وربما فقدان أحبائهم أيضاً . وعند تقييم حالة الشخص المكتئب ، فمن الضرورى التفكير فى مدى تأثير الكثير من أشكال الفقدان ، التى عانى منها الشخص ، والطرق التى حاول بها التغلب على هذه المواقف . ويرى باركس Parkes (1992) من خلال مراجعة مفيدة قام بها أن كرب فقدان الشخص المسن لشريك حياته قد يكون أقل شدة ، وأن الأعراض البدنية هى الأكثر أهمية . وقد يكون لدى المسنين ميل شديد نحو الانسحاب ، على العكس مما يحدث لصغار السن . والحزن المتوقع يؤدى إلى أذى أكثر

(1) Psycho therapy.

مما يفيد : ووجود إمكانيه للإعداد لموت الشخص تفوق فى قيمتها التوتر الناجم عن العناية بشخص موشك على الوفاة ، وبما يترتب عليه من عزلة اجتماعية.

وكل رد فعل للحزن مختلف ، بالطبع ، عن غيره ويعتمد كثيراً على طبيعة العلاقة بالشخص الذى توفى . ويساعد محتوى الحزن الذى أمكن تحديده لدى صغار السن على وصف الحزن لدى المسنين ، غير أنه لا توجد نتائج قاطعة يمكن افتراضها . ودائمًا ماتكون مشاعر الصدمة وعدم التصديق هما رد الفعل الأول . وقد تظهر بعد ذلك مشاعر الاعتراض ، والاشتياق ، والبحث عن الشخص المتوفي، وفقدان النظام واليأس ، بما فى ذلك ملامح من غضب ومشاعر ذنب . ودائمًا ما يكون الانفصال أو عدم التعلق وإعادة التنظيم بمثابه نقطة النهاية فى عمليات الحزن .

وإحدى دلائل هذا الفقدان المتعدد الجوانب ، هو أن الشخص يمكن أن يعانى من مصاعب الحياه الحقيقية ويحتاج إلى العلاج للمساعدة على تمييز الاكتئاب واليأس وفقدان الحياة عن التقييم الواقعى لحدوده الشخصية . والتشويه المعرفى أكثر صعوبة فى تحديده ، عندما يعانى الشخص من عدد من مظاهر القصور الفيزيقية والاجتماعية ، التى يحاول التغلب عليها .

توقعات المريض

يذكر سيتوار وهامن (1983) Steuer and Hemmen أن الاحتمال الأكبر هو أن المسنين ينتظرون بسلبية تلقى مساعدة الخبراء ، وهم غير راغبين فى ممارسة نمط سلوكى جديد أو إهمال أنماط قديمة . وقد يمثل ذلك صعوبة نوعية بالنسبة للمرضى ذوى المشكلات المزمنة . ويشير إيمرى (1981) Emery إلى الحاجه للتطبيع العلاجى (١) ؛ أى تعليم الشخص طبيعة حالته ، ونوع العلاج الذى يتعين عليه استخدامه لتصحيح إدراكاته الخاطئة وتوقعاته الزائفة . وهناك احتمال أن يتعلق هذا الأمر بالفروق بين الأجيال ، أكثر من تعلقه بفرد فى عمر معين على وجه التحديد .

توقعات المعالج

لا تقتصر الأفكار غير السوية على المرضى ، فالمعالجون فى حاجة لفحص اتجاهاتهم ومعتقداتهم الشخصيه حول المسنين ، حتى يكونوا على وعى بتفكيرهم السلبى النمطى ، وتعد الصلات المتكررة بأشخاص مسنين أصحاء من الوسائل المناسبة لمقاومة هذه الاتجاهات (Emery, 1981) . ويتعين أن يكون المعالجين على وعى بالمصادر والتيسيرات المتاحة فى المجتمع المحلى ، حتى يمكن المساعدة فى إعلام المريض بالاختيارات الممكنة ، عند تطويرهم لمهاراتهم فى حل المشكلات ، وأحيانًا ما تكون مساعدة عملية صغيرة ذات فائدة فورية فى إزالة القلق ، غير أنه من المهم الاعتراف بأنه لا توجد حلول عملية لكل المشكلات الإنفعالية ، فقد يكون المريض غير سعيد فى مسكنه الجديد ، كما كان سعيداً فى القديم لمجرد كون المشكلة الأساسية صعوبه إقامة صداقات جديدة على سبيل المثال .

التوهان (٢) وضعف الذاكره

أحيانًا ما يعانى المريض صعوبة فى التركيز على النقاط البارزة ، ويستمر على سبيل المثال فى سرد مسهب لقصة معينة . ويقترح إيمرى (1981) Emery استخدام مفكرة أو جدول أعمال لكل جلسة ، مع التفاهم الواضح على أن المريض سيتم مقاطعته إذا تشتت عن الموضوع . وأحيانًا ما يشكو المرضى

(1) Treatment Socialization .
(2) Rambling.

المسنين المكتئبين من ضعف الذاكرة . ومن المؤكد أن هناك من يجادل فى أن المسن الذى يشكو من ضعف الذاكرة يحتمل أن يكون مكتئبًا عن أن يكون مصابًا بالعته (Feehan et al., 1991) وقد يكون فى مقدور التقييم المعرفى تقديم دلائل على صحة ذاكرة شخص ما مقارنة بأقرانه ، كما أن تسجيل التكليفات أو الأهداف المنزلية اليومية يمكن أن يؤديا إلى خفض العبء عن الذاكرة ويخدمان كمثال لكيفية استخدام معينات الذاكرة للإقلال من فشل التذكر .

تطبيقات أساليب العلاج المعرفى السلوكى مع المسنين

يذكر بعض المسنين أن لديهم مخاوف نوعية (Lindesay et al., 1989) ، يعود أغلبها إلى نقص الثقة فى النفس للخروج من المنزل ، وقد يحدث ذلك نتيجة لصدمة مثل السقوط أو التعرض لهجوم فى الطريق . وقد يتعرض الشخص للاكتئاب ، إذا ماانقطع عن مصادر الدعم المحببة له . ويمكن استخدام التعرض التدريجى أو التسكين المنظم بطريقة مفيدة . ويصف وودز (1982) Woods حالتين ، كان الشخص فيهما غير قادر على الخروج من المنزل . ويذكر ثاير (1981) Thyer نجاحًا فى علاج امرأة مسنة كانت تعانى خوافًا معوقًا من الكلاب ، وذلك باستخدام التعرض الحى . واستخدم هوسيان Hussian (1981) التدريب التطعيمي (1) لمساعدة أشخاص مسنين على التغلب علي القلق من استخدام المصعد ، وقد تضمن هذا التدريب ممارسة استخدام عبارات دالة على التغلب ، طبقت بداية بطريقة تخيلية لخفض القلق حتى مستوى معين ، يصبح التعرض الحى عنده ممكنًا . ويمكن تعليم المسنين الاسترخاء وأساليب التحكم الأخرى فى القلق (Garrison, 1978) . ومن المهم تأكيد أن الاسترخاء نفسه وليس مكونات التدريب هو المطلوب ، ذلك أن بعض المرضى المسنين ينظرون إلى تمرينات الاسترخاء على أنها وسيلة لتنشيط العضلات ، ويقومون بالتركيز تمامًا على مرحلة الشد العضلى فى الاسترخاء .

ويشير كينج وباروكلوف (1991) King and Barrowclough إلى استخدام التدخل المعرفى السلوكى مع عشرة من المرضى الخارجين (متوسط أعمارهم ٧٣ عامًا) ، ممن يعانون من القلق . ومن حيث الجوهر ، كان العلاج يتضمن مساعدة المريض على إعادة تفسير أعراض قلقة ، بدلا من ادراكها على أنها كارثه أو مهددة للحياة ، ويشجع المرضى على النظر إليها على أنها غير مهددة ، وأنها إحساسات بدنية حميدة . وتستخدم الآن بكثره بعض الأساليب مثل اختبارات الإفراط فى التنفس ، وتمرينات التحكم فى التنفس التى استخدمت مع المرضى الأصغر ، ممن يعانون من نوبات الهلع (انظر Lindsay الفصل الثامن) لتيسير هذه العمليات كلما كان ذلك ملائمًا . وقد أظهر تسعة من عشرة أشخاص انخفاضًا فى الإعراض بعد العلاج (الذى استمر ثمانى جلسات فى المتوسط) ، وقد استمر هذا التحسن بصفة عامة على امتداد فترة متابعة بين ثلاثة إلى ستة أشهر. وقد قدم هولدن (1988) Holden وصفًا مفيدًا لاستراتيجيات مساعدة المرضى المسنين ممن يكون الإفراط فى التنفس هو العامل الرئيسى فى حالتهم . كما ذكر أوست (1992) Ost دراسة حالة لمريض فى الثامنة والستين من عمره ، لديه مخاوف من الاختناق ، وحيث برهنت عملية إعادة التفسير المعرفى لأفكار المريض المفجعة ، على أنها مفتاح نجاح التدخل .

العلاجات المعرفية للأكتئاب

هناك تراث مهم من بحوث العلاج المعرفى مع المسنين (انظر مراجعة Morris and Moris, 1991; Woods, 1992) . ويذكر ستيوار وهامن (1983) Steuer and Hammen أربع حالات ، عولجت فى

(1) Inoculation training .

مجموعاتهم للعلاج الجمعى باستخدام أساليب للتنشيط السلوكى، وحل المشكلات، وإعادة التشكيل المعرفى. كما قدم إيمرى Emery (1981) أيضاً عرضاً لتاريخ بعض حالات، جرى مساعدتهم ليصبحوا أكثر وعياً بأفكارهم التلقائية، وعلى أن يقيموا التشويه الإدراكى والإعزاءات الخاطئة. وأكثر النتائج منهجية هى التى قدمها جالاجر وطومسون Gallagher and Thompson وزملاؤهما باستخدام أسلوبهم الأكلينيكى، الذى وصفه بصورة جيدة طومسون وزملاؤه Thompson et al. (1986) كما يورد طومسون وزملاؤه Thompson et al. (1987) دراسة مقارنة، صنف فيها مرضى اكتئابيين خارجيين فى فئات علاج معرفى أو سلوكى، أو علاج نفسى استبصارى، فى برنامج علاجى فردى تتضمن ما بين ١٦ إلى ٢٠ جلسة على امتداد أربعه أشهر. وتتضمن العلاج السلوكى تشجيع المرضى على زيادة مشاركتهم فى الأنشطة التى يجدون انها سارة، وذلك اقتفاءً للنموذج الذى وضعه لوينسون Lewinsohn (1975) للاكتئاب. وكانت الأساليب العلاجية الثلاثة متساوية فى تأثيرها فى خفض الاكتئاب بنهاية فترة العلاج، بالمقارنة بمجموعة ضابطة على قائمة انتظار، وعلى الرغم من ذلك أصبح المرضى الذين عولجوا بالاستبصار أكثر اكتئاباً وأميل للانتكاس بمعدلات أكبر خلال فترة متابعة، استمرت عاماً (Gallagher and Thompson, 1982). ولم تظهر فى دراسة تالية فروقاً بين أساليب العلاج على مدى عام أو عامين من المتابعه (Gallagher - Thompson et al., 1990) وتقدم هذه الدراسة وغيرها دلائل على أن العلاج المعرفى أكثر ملاءمه لقدرات الشخص واحتياجاته، كما أنه قابل للتطبيق، بالإضافة إلى أنه علاج يتسم بالكفاءة مع المرضى المسنين المكتئبين. وعلى الرغم من ذلك، لا توجد أية مؤشرات على أنه يتفوق على أساليب العلاج الأخرى، ومن الواضح أن هناك حاجة لمزيد من البحث؛ لتحديد أكثر المكونات الفعالة فى كل أسلوب.

علاج الحزن (١)

هناك عدد قليل من التقارير حول هذا الموضوع (انظر Fasey, 1980; Parkes, 1992) ويستخلص باركس Parkes (1980) أن الدعم الإرشادى يمكن أن يخفض من مخاطر انهيار المسنين المعرضين بدرجة عاليه للأحزان، أكثر مما يفيد مع الأشخاص الأقل عرضة لهذا الخطر. وتتضمن عوامل الخطر وجود عائلة غير مساندة (أو عدم وجود عائلة)، علاقة متناقضة مع المتوفى، التعرض لفقدان صدمى معين، وبعض أزمات الحياة الكبرى المصاحبة. وعلى الرغم من صعوبة تحديد متى تصبح استجابة الحزن « غير سوية »، إلا أن التحليلات السلوكية حددت نمطين على الأقل (Gauthier and Marshall, 1977): النمط الأول عندما يحدث تجنب لاستجابة الحزن السوية، فقد تقوم العائلة والاصدقاء بمؤامرة صمت حماية للشخص المكلوم، من خلال عدم الإشارة إلى فقيده، وربما بنصحه بعدم المشاركة فى مراسم الجنازه. وثمن تجنب مشاعر الحزن هو عدم التوافق على الاطلاق مع الفقدان. النمط الثانى عندما تستمر استجابة الحزن، وحيث يظل أفراد الأسرة والأصدقاء دائبى الانتباه لحزن الشخص ومعاملته معاملة خاصة، إلى أن يصل الشخص لمرحلة مواصلة انشطته القديمة ثانية أو يسلك فى اتجاهات جديدة. ويهدف العلاج فى مثل هذه الحالة إلى مساعدة الأسرة والأصدقاء على تشجيع هذا الاتجاه، من خلال سلوك أكثر ملاءمة، ومساعدة المريض تدريجيا على البدء فى مواصلة حياته من جديد، وعندما يتُجنب الحزن فإن توجيهه قد يكون مفيدا (Hodgkinson 1982)، وحيث تجرى مساعدة الشخص على اختبار ردود فعله الانفعالية فى بيئة آمنة مستخدما الذكريات أو مستعيدا للصور الذهنية عن الشخص المتوفى لكى ينتزع الحزن. ويوضح

(1) Grief therapy.

وودز وبرايتون Woods and Britton (1985) طريقة استخدام هذه الأساليب ، وقد وصف كافانا Kavanagh (1990) فى فترة أحدث منحًا معرفيًا سلوكيًا لعلاج الحزن . ويتضمن هذا الأسلوب دمج استراتيجيات التعرض المخطط لمؤشرات الحزن التى سبق الإشارة إليها ، مع الزيادة التدريجية فى الأنشطة والأدوار والتأكيد الإضافى على تقييم المكونات المعرفية السلبية المتزايدة ، وزيادة إمكانية الدعم الاجتماعى ، ويتعين التأكيد على أن ليس كل فرد يحتاج لعلاج الحزن ، وقد أصبح من الواضح الآن أن هناك الكثير من الفروق الفردية فى إرجاع الحزن ، التى لم يعترف بها فى الماضى (wortman and silver, 1989; Stroebe and stroebe, 1991) . كما أن هناك ضرورة لتوفير أساليب مرنة تصمم على أسس فردية .

إشراك العائلة فى العلاج

حتى عندما لا تكون هناك مشكلات فى العلاقات مع الأسرة بصورة واضحة أو فورية ، فدائمًا ما يكون من الأمور المهمة - وبعد موافقة المريض - مقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص ذوى الأهمية بالنسبة له . والذين قد يكون فى مقدورهم المساهمة فى خطة العلاج أو وضع مشكلات المريض فى إطار أوسع . وقد تكون للمشكلة عناصر تتعلق بعلاقات المريض ، لا تظهر إذا قابل المعالج المريض فقط . ويتضمن علاج مثل هذه المشكلات جلسات مع المريض والأسرة معًا ، مع تشجيع التواصل المفتوح بينهم للتعبير عن المشاعر والاحتياجات والاشتراك فى حل المشكلات والمساندة المتبادلة . وعندما تكون مشكلات العلاقات قائمة على امتداد فترات طويلة يتعين تحديد الأهداف . مثال ذلك قد يكون من الممكن تشجيع الزوجين على قضاء بعض الوقت متباعدين ، وحتى عندما لا يوجد تحسن فى مستوى التفاعل المحقق ستبرز بعض المشكلات الزوجية تالية لقضاء الزوجين وقت طويل معًا ، وبافتراض أن الزوج أصبح متقاعداً فإن ذلك كفيل بإفساد التوازن الذى قد يكون غير وطيد بينهما ، والذى أتاح للزوجين التعامل بتسامح قبل ذلك . ومع ظهور الكثير من الصعاب فى سياق العلاقه الأسرية ، تزايد تطبيق العلاج الأسرى فى مجال المرضى المسنين اعتماداً على نظرية النُظم ، ويحتمل أن يكون ذلك هو مجال التطور الرئيسى فى خدمات الصحة النفسية للمسنين (Benhow et al., 1990) .

علاج المشكلات الجنسية

يشكل تأثير الخرافة المتعلقة بالشيخوخة والتوقعات الخاصة بأجيال المسنين والأنماط المعرفية السلبية لدى المعالج ، فى هذا المجال على وجه الخصوص ، موقفا يخلو من أية مساعدة مطلوبة أو متاحة . وتتزايد الآن معلوماتنا حول استمرار إمكانات الأداء الجنسى للمسنين فى الأعمار المتأخرة (e. g. Corby and solnick, 1980; Comfort 1980; Baikie, 1984) وتفاعل هذا الأداء مع المشكلات الصحية واضح، ولهذا فقد يؤدى مرض السكر إلى انخفاض الأداء الجنسى لدى المسنين ، كما أن المشكلات الخاصة بأمراض القلب غالبًا ما لا تؤثر بشكل مباشر فى الأداء الجنسى . ولكن القدر من القلق حول تأثير الإجهاد هو الذى يؤدى إلى تجنب ممارسة الجنس ، والنصيحة الطبية المفيدة مطلوبة فى هذه الحالات . وقد يتضمن العلاج النفسى التصريح بالاستمرار فى علاقة جنسية نشطة (Comfort, 1980) ، أو النصح باستراتجيات لاستمرار الاستمتاع بالجنس ، عندما تمنع الإعاقة أو الظروف استمرار الأنماط السابقة، والقليل فقط هو المعروف حتى الآن حول فعالية الإجراءات المعيارية للعلاج الجنسى للمسنين .

مشكلات أخرى

هناك تقارير حول تحقيق بعض النجاح فى علاج الأرق (Friedman et al., 1991; Morgan, 1987)، باستخدام الاسترخاء وأساليب التحكم فى المنبه (١).

وتقترح بعض التقارير القليلة لدراسات الحالة إمكانية تعديل الهذاءات الاضطهادية ، من خلال تقديم عائد (١) حول سوء التفسيرات . وتدريب المريض على إبدال الأفكار العقلانية بالأفكار الأضطهادية (Hussian, 1981 : 175; Cavsten and Fremouw, 1981).

وقد تكون مشكلات تعاطى الكحول أقل انتشاراً فى الأعمار المتأخرة (Mishara and Kastenbaum, 1980; Seymour and Wattis, 1992) ولكنها موجوده . ويستمر البعض فى أنماط من التعاطى الكثيف الذى بدأة فى فترة مبكرة ، بينما يتعاطى البعض الآخر قدراً كبيراً من الخمور استجابة للفقدان . ولا توجد أية خطوط علاجية عامة متاحة لهذه الحالة ، إلا أن التحليل السلوكى الدقيق يمكن أن يشير إلى دور تقوم به الاسره ، وعلاج الحزن ، أو العمل على زيادة الاتصالات الاجتماعية . ومازالت المسكنات (٢) توصف على نطاق واسع للمسنين (Sullivan et al., 1988; Higgitt, 1992) . وغالباً لفترات طويلة ، على الرغم من القلق الشديد من تأثيراتها على المدى الطويل فى التحول إلى الاعتمادية ، والتأثيرات الجانبية على الأشخاص المسنين للغاية على وجه الخصوص ، وقد أوضح جونز Jones (1990/1991) أن توفير تدريب على اجراءات الاسترخاء مع الدعم والارشاد ، فى الوقت نفسه ارتبط بمضاعفه عدد المرضى المسنين الذين توقفوا عن استخدام الأدوية ، أو خفضوا من هذا الاستخدام مقارنه بمجموعه ضابطة ، وذلك فى إحدى مؤسسات الرعاية . كما أن هناك أيضاً مؤشرات على أن العلاج بالاسترخاء قد يكون مفيداً للمسنين من ذوى الصداع الناشىء عن التوتر (Arena et al., 1988).

العمل الجماعى

يمكن تطبيق الكثير من الأساليب التى سبق وصفها جماعياً ، بل وطبقت بالفعل فى جلسات جماعيه . مثال ذلك أن يوست وزملائه Yost et al. (1986) يصفون علاجاً جمعياً معرفياً للمسنين المكتئبين. ويتعين أن تكون المجموعات قليلة العدد (ستة مثلا) للمساعدة على تخطى مشكلات السمع وصعوبات التواصل ، كما يتعين على القائد أن يشجع الأعضاء بطريقة نشطة على الانصات كل منهم للآخر ؛ لكى يمنع أى عضو من احتكار الحديث للمجموعة ، ويمنع الاخرين من الاستمرار فى الصمت . كما يجب تنمية تماسك المجموعة ، ودائماً ما ييسر ذلك القيام بمراجعة الحياة الشخصية للعضو والمشاركة فى خلفيات كل شخص وخبراته السابقة . كما أن اداء الواجبات المنزلية يمكن أن يتيسر بقدر كبير من خلال الجلسات الجماعية بتشجيع بقية الافراد فى المجموعة واطرائهم . ودائماً ما يكون هناك نموذج تعليمى ، يتضمن تعليمات للزوجين ، ونمذجة (٣) وبروفات سلوكية (٤) للمهارات مع أعضاء المجموعة ، وبما يوفر لكل عضو رد فعل أو عائد ملائم .

---

(1) Stimulus Control techniques.
(2) Feedback.
(3) Benzodiazepines.
(4) Modeling.
(5) Behavioural Rehearal.

خلاصــــة

هناك مجال ضخم للعلاج المعرفى السلوكى للاضطرابات الوجدانية للمسنين ، غير أن عديداً من الأسئلة مازال قائماً ، وبصفة عامة ، فإن الأساليب المستخدمة مع العملاء صغار السن دائماً ما تقبل التطبيق مع المسنين ، والاعتبار الذى يحظى بالقدر الأكبر من الأهمية ، هو البرهنة على أن المسنين يظهرون فروقًا فردية كبيرة ، ونتيجة لذلك ، يجب تصميم برامج علاج فردية بعناية . وحزم العلاج المعياريه ذات الاستخدام العام قليلة فى ضوء التنوع فى الأشخاص والمشكلات التى يواجهها العلاج .

ويؤدى هذا التنوع لخاصيه جذابه فى العمل مع المسنين ، فالأخصائيين النفسيين العاملين مع المسنين يمكنهم تولى عديد من الأدوار ، مثل : الفحص النفسى العصبى ، ودعم الأقارب ، وإرشاد وتدريب فريق الرعاية على التعامل مع مرضى العته ومشكلاتهم ، والعلاج المعرفى ، والعلاج الأسرى ، وعلاج الحزن . . . وإمكانات تحسين مستوى حياة المسنين ، ومن يدعمونهم ، هى تحديات تنتظر من يتصدى لها .

References

Arena, J. G., Hightower, N. E. and Chong, G. C. (1988) 'Relaxation therapy for tension headache in the elderly: a prospective study', *Psychology and Aging* 3: 96–8.

Baikie, E. (1984) 'Sexuality and the elderly', in I. Hanley and J. Hodge (eds) *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*, Beckenham, Kent: Croom Helm.

Baines, S., Saxby, P. and Ehlert, K. (1987) 'Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people', *British Journal of Psychiatry* 151: 222–31.

Baltes, M. M. (1988) 'The etiology and maintenance of dependence in the elderly: three phases of operant research', *Behavior Therapy* 19: 301–19.

Barrowclough, C. and Fleming, I. (1986) 'Training direct care staff in goal-planning with elderly people', *Behavioural Psychotherapy* 14: 192–209.

Benbow, S., Egan, D., Marriott, A., Tregay, K., Walsh, S., Wells, J. and Wood, J. (1990) 'Using the family life cycle with later life families', *Journal of Family Therapy* 12: 321–40.

Bleathman, C. and Morton, I. (1992) 'Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers', *Journal of Advanced Nursing* 17: 658–66.

Brane, G., Karlsson, I., Kihlgren, M. and Norberg, A. (1989), 'Integrity-promoting care of demented nursing home patients: psychological and biochemical changes', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4: 165–72.

Brodaty, H. (1992) 'Carers: training informal carers', in T. Arie (ed.) *Recent advances in psychogeriatrics* – 2, Edinburgh: Churchill Livingstone (163–171).

Brodaty, H. and Gresham, M. (1989) 'Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia', *British Medical Journal* 299: 1375–9.

Burgio, L. D., Burgio, K. L., Engel, B. T. and Tice, L. M. (1986) 'Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents', *Journal of Applied Behavior Analysis* 19: 357–66.

Burgio, L., Engel, B. T., McCormick, K., Hawkins, A. and Scheve, A. (1988) 'Behavioral treatment for urinary incontinence in elderly in-patients: initial attempts to modify prompting and toileting procedures', *Behavior Therapy* 19: 345–57.

Burton, M. (1980) 'Evaluation and change in a psychogeriatric ward through direct observation and feedback', *British Journal of Psychiatry* 137: 566–71.

Carstensen, L. L. and Erickson, R. (1986) 'Enhancing the social environments of elderly nursing home residents: are high rates of interaction enough?', *Journal of Applied Behavior Analysis* 19: 349–55.

Carstensen, L. L. and Fremouw, W. J. (1981) 'The demonstration of a behavioural intervention for late-life paranoia', *Gerontologist* 21: 329–33.

Challis, D., Chessum, R., Chesterman, J., Luckett, R. and Woods, R. (1988) 'Community care for the frail elderly: an urban experiment', *British Journal of Social Work* 18 (Supplement): 13–42.

Church, M. (1983) 'Psychological therapy with elderly people', *Bulletin of the British Psychological Society* 36: 110–12.

Church, M. (1986) 'Issues in psychological therapy with elderly people', in I. G. Hanley and M. Gilhooly (eds) *Psychological Therapies for the Elderly*, London: Croom Helm.

Comfort, A. (1980) 'Sexuality in late-life', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of mental health and aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Corby, N. and Solnick, R. L. (1980) 'Psychosocial and physiological influences on sexuality in the older adult', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Davies, A. D. M. (1981) 'Neither wife nor widow: an intervention with the wife of a chronically handicapped man during hospital visits', *Behaviour Research and Therapy* 19: 449–51.

Davies, A. D. M. (1982) 'Research with elderly people in long-term care: some social and organisational factors affecting psychological interventions', *Ageing and Society* 2: 285–98.

Davies, A. D. M. and Snaith, P. (1980a) 'Meal-time problems in a continuing-care hospital for the elderly', *Age and Ageing* 9: 100–105.

Davies, A. D. M. and Snaith, P. (1980b) 'The social behaviour of geriatric patients at meal-times: an observational and an intervention study', *Age and Ageing* 9: 93–9.

Dietch, J. T., Hewett, L. J. and Jones, S. (1989) 'Adverse effects of reality orientation', *Journal of American Geriatrics Society* 37: 974–76.

Emery, G. (1981) 'Cognitive therapy with the elderly', in G. Emery, S. D. Hollon and R. C. Bedrosian (eds) *New directions in cognitive therapy*, New York: Guilford.

Fasey, C. N. (1990) 'Grief in old age: a review of the literature', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 67–75.

Feehan, M., Knight, R. G. and Partridge, F. M. (1991) 'Cognitive complaint and test performance in elderly patients suffering depression or dementia', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 287–93.

Feil, N. (1989) *Validation: the Feil method, 2nd edn*, Cleveland, Ohio: Edward Feil Productions; Bicester: Winslow Press.

Friedman, L., Bliwise, D. L., Yesavage, J. A. and Salom, S. R. (1991) 'A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults', *Journal of Gerontology* 46: P1–8.

Gaebler, H. C. and Hemsley, D. R. (1991) 'The assessment and short-term manipulation of affect in the severely demented', *Behavioural Psychotherapy* 19: 145–56.

Gallagher, D. and Thompson, L. (1982) 'Treatment of major depressive disorder in older adult out-patients with brief psychotherapies', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 482–90.

Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P. and Thompson, L. (1990) 'Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 371–4.

Garrison, J. E. (1978) 'Stress management training for the elderly: a psychoeducational approach', *Journal of American Geriatrics Society* 26: 397–403.

Gauthier, J. and Marshall, W. L. (1977) 'Grief: a cognitive-behavioural analysis', *Cognitive Therapy and Research* 1: 39–44.

Gendron, C. E., Poitras, L. R. and Engels, M. L. *et al.* (1986) 'Skills training with supporters of the demented', *Journal of American Geriatrics Society* 34: 875–80.

Green, G. R., Linsk, N. L. and Pinkston, E. M. (1986) 'Modification of verbal behavior of the mentally impaired elderly by their spouses', *Journal of Applied Behavior Analysis* 19: 329–36.

Hanley, I. G. (1981) 'The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 12: 241–7.

Haughie, E., Milne, D. and Elliott, V. (1992) 'An evaluation of companion dogs with elderly psychiatric patients', *Behavioural Psychotherapy* 20: 367–72.

Head, D., Portnoy, S. and Woods, R. T. (1990) 'The impact of reminiscence groups in two different settings', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 295–302.

Higgitt, A. (1992) 'Dependency on prescribed drugs', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 151–5.

Hinchliffe, A. C., Hyman, I., Blizard, B. and Livingston, G. (1992) 'The impact on carers of behavioural difficulties in dementia: a pilot study on management', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 579–83.

Hodge, J. (1984) 'Towards a behavioural analysis of dementia', in I. Hanley and J. Hodge (eds) *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*, London: Croom Helm.

Hodgkinson, P. E. (1982) 'Abnormal grief: the problem of therapy', *British Journal of Medical Psychology* 55: 29–34.

Holden, U. P. (1988) 'Hyperventilation', in U. P. Holden (ed.) *Neuropsychology and Ageing: Definitions, Explanations and Practical Approaches*, London: Croom Helm (177–92).

Holden, U. P. and Woods, R. T. (1988) *Reality Orientation: Psychological Approaches to the 'Confused' Elderly, 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hussian, R. A. (1981) *Geriatric Psychology: A Behavioral Perspective*, New York: Van Nostrand Reinhold.

Hussian, R. A. and Brown, D. C. (1987) 'Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients', *Journal of Gerontology* 42: 558–60.

Ingstad, P. J. and Gotestam, K. G. (1987) 'Staff attitude changes after environmental changes on a ward for psychogeriatric patients', *International Journal of Social Psychiatry* 33: 237–44.

Jacoby, R. and Oppenheimer, C. (eds) (1991) *Psychiatry in the Elderly*, Oxford: Oxford University Press.

Jones, D. (1990/1991) 'Weaning elderly patients off psychotropic drugs in general practice: a randomised controlled trial', *Health Trends* 22: 164–6.

Kavanagh, D. J. (1990) 'Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions', *British Journal of Psychiatry* 157: 373–83.

King, P. and Barrowclough, C. (1991) 'A clinical pilot study of cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in the elderly', *Behavioural Psychotherapy* 19: 337–45.

Kitwood, T. (1990) 'The dialectics of dementia: with particular reference to Alzheimer's disease', *Ageing and Society* 10: 177–96.

Kitwood, T. and Bredin, K. (1992) 'Towards a theory of dementia care: personhood and well-being', *Ageing and Society* 12: 269–87.

Knight, B. (1986) *Psychotherapy with Older Adults*, Beverly Hills: Sage.

Knight, B. (1992) *Case-histories in Psychotherapy with Older Adults*, Beverly Hills: Sage.

Lam, D. H. and Woods, R. T. (1986) 'Ward orientation training in dementia: a single-case study', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1: 145–7.

Lewinsohn, P. M. (1975) 'The behavioural study and treatment of depression', in M. Hersen, R. Eisler and B. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification – 1*, London: Academic Press.

Lindesay, J., Briggs, K. and Murphy, E. (1989) 'The Guys/Age Concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community', *British Journal of Psychiatry* 155: 317–29.

Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., Macdonald, A. and Herzberg, J. (1991) 'The domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 727–36.

Lovett, S. and Gallagher, D. (1988) 'Psychoeducational interventions for family caregivers: preliminary efficacy data', *Behavior Therapy* 19: 321–30.

Manser, M. (1991) 'Design of environments', in R. Jacoby and C. Oppenheimer (eds) *Psychiatry in the elderly*, Oxford: Oxford University Press (550–70).

Marshall, M. (1992) 'Designing for confused old people', in T. Arie (ed.) *Recent Advances in Psychogeriatrics – 2*, Edinburgh: Churchill Livingstone (201–16).

Mayer, R. and Darby, S. (1991) 'Does a mirror deter wandering in demented older people?', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 607–9.

Melin, L. and Gotestam, K. (1981) 'The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviours of psychogeriatric patients', *Journal of Applied Behavior Analysis* 14: 47–51.

Miller, E. (1977) 'The management of dementia: a review of some possibilities', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 16: 77–83.

Mishara, B. L. and Kastenbaum, R. (1980) *Alcohol and Old Age*, New York: Grune & Stratton.

Morgan, K. (1987) *Sleep and Ageing*, London: Croom Helm.

Morris, R. G. and Morris, L. W. (1991) 'Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 407–13.

Morris, R. G., Morris, L. W. and Britton, P. G. (1988) 'Factors affecting the emotional well-being of the caregivers of dementia sufferers', *British Journal of Psychiatry* 153: 147–56.

Morton, I. and Bleathman, C. (1991) 'The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilot study', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 327–30.

Murphy, E. (1982) 'Social origins of depression in old age', *British Journal of Psychiatry* 141: 135–42.

Netten, A. (1993) *A Positive Environment? Physical and Social Influences on People with Senile Dementia in Residential Care*, Aldershot: Ashgate.

Norberg, A., Melin, E. and Asplund, K. (1986) 'Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: an exploratory study', *International Journal of Nursing Studies* 23: 315–23.

Norris, A. (1986) *Reminiscence*, London: Winslow Press.

Ost, L. (1992) 'Cognitive therapy in a case of choking phobia', *Behavioural Psychotherapy* 20: 79–84.

Parkes, C. M. (1980) 'Bereavement counselling', *British Medical Journal* 281: 3–6.

Parkes, C. M. (1992) 'Bereavement and mental health in the elderly', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 45–51.

Patterson, R. L. and Jackson, G. M. (1980) 'Behavior modification with the elderly', *Progress in Behavior Modification* 9: 205–39.

Pinkston, E. M., Linsk, N. L. and Young, R. N. (1988) 'Home-based behavioral family treatment of the impaired elderly', *Behavior Therapy* 19: 331–44.

Pitt, B. (1991) 'Depression in the general hospital setting', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 363–70.

Rabbitt, P. (1988) 'Social psychology, neurosciences and cognitive psychology need each other; (and gerontology needs all three of them)', *Psychologist* 12: 500–6.

Reeve, W. and Ivison, D. (1985) 'Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients', *Age and Ageing* 14: 119–21.

Ritchie, K., Colvez, A., Ankri, J., Ledesert, B., Gardent, H. and Fontaine, A. (1992) 'The evaluation of long-term care for the dementing elderly: a comparative study of hospital and collective non-medical care in France', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 549–57.

Rona, D., Wylie, B. and Bellwood, S. (1986) 'Behaviour treatment of day-time incontinence in elderly male and female patients', *Behavioural Psychotherapy* 14: 13–20.

Schnelle, J. F., Traughber, B., Sowell, V. A., Newman, D. R., Petrilli, C. O. and Ory, M. (1989) 'Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients: a behavior management approach for nursing home staff', *Journal of American Geriatrics Society* 37: 1051–7.

Seymour, J. and Wattis, J. P. (1992) 'Alcohol abuse in the elderly', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 141–50.

Smyer, M. A., Zarit, S. H. and Qualls, S. H. (1990) 'Psychological intervention with the aging individual', in J. E. Birren and K. W. Schaie (eds) *Handbook of the Psychology of Aging*, San Diego: Academic Press (375–403).

Steuer, J. L. and Hammen, C. L. (1983) 'Cognitive-behavioural group therapy for the depressed elderly; issues and adaptations', *Cognitive Therapy and Research* 7: 285–96.

Stroebe, M. and Stroebe, W. (1991) 'Does "grief-work" work?', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 479–82.

Sullivan, C. F., Copeland, J. R. M. and Dewey, M. E., Davidson, I. A., McWilliam, C., Saunders, P., Sharma, V. K. and Voruganti, L. N. P. (1988) 'Benzodiazepine usage amongst the elderly: findings of the Liverpool community survey', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 3: 289–92.

Sutcliffe, C. and Larner, S. (1988) 'Counselling carers of the elderly at home: a preliminary study', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 177–8.

Thompson, L. W., Davies, R., Gallagher, D. and Krantz, S. E. (1986) 'Cognitive therapy with older adults', in T. L. Brink (ed.) *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, New York: Haworth: (245–79).

Thompson, L. W., Gallagher, D. and Breckenridge, J. S. (1987) 'Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 385–90.

Thornton, S. and Brotchie, J. (1987) 'Reminiscence: a critical review of the empirical literature', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 93–111.

Thyer, B. A. (1981) 'Prolonged *in-vivo* exposure therapy with a 70-year-old woman', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 12: 69–71.

Toseland, R. W. and Smith, G. C. (1990) 'Effectiveness of individual counselling by professional and peer helpers for family caregivers of the elderly', *Psychology and Aging* 5: 256–63.

Toseland, R. W., Rossiter, C. M. and Labrecque, M. S. (1989) 'The effectiveness of peer-led and professionally led groups to support family caregivers', *Gerontologist* 29: 465–71.

Wattis, J. and Church, M. (1986) *Practical Psychiatry of Old Age*, London: Croom Helm.

Williams, R., Reeve, W., Ivison, D. and Kavanagh, D. (1987) 'Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly subjects: a replication', *Age and Ageing* 16: 315–18.

Woods, R. T. (1982) 'The psychology of ageing: assessment of defects and their management', in R. Levy and F. Post (eds) *The Psychiatry of Late Life*, Oxford: Blackwell (68–113).

Woods, R. T. (1991) 'What can be learned from studies on reality orientation?' in G. Jones and B. Miesen (eds) *Care-giving in Dementia*, London: Routledge (121–36).

Woods, R. T. (1992) 'Psychological therapies and their efficacy', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 171–83.

Woods, R. T. and Britton, P. G. (1985) *Clinical Psychology with the Elderly*, London: Croom Helm/Chapman and Hall.

Woods, R. T., Portnoy, S., Head, D. and Jones, G. (1991) 'Reminiscence and life-review with persons with dementia: which way forward?' in G. Jones and B. Miesen (eds) *Care-giving in Dementia*, London: Routledge (137–61).

Wortman, C. B. and Silver, R. B. (1989) 'The myths of coping with loss', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 349–57.

Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A. and Allender, J. R. (1986) *Group Cognitive Therapy: A Treatment Approach for Depressed Older Adults*, Oxford: Pergamon Press.

Zarit, S. H., Anthony, C. R. and Boutselis, M. (1987) 'Interventions with care-givers of dementia patients: comparison of two approaches', *Psychology and Aging* 2: 225–32.

الفصل الثالث والعشرون

اعادة التأهيل : فحص

Rehabilitation : Investigation

أ . لافندر ، ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

الفصل الثالث والعشرون

إعــادة التأهــيل : فحـــص

أ. لافندر . ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

مقدمة

تعرّض إعادة التأهيل لفهم خاطئ على نطاق واسع . لذلك يجب أن يبدأ هذا الفصل بمحاولة لإيضاح المفهوم . ومن الواضح أن الكثيرين من الممارسين لديهم فكرة غير ملائمة حول ما الذى يشكل إعادة التأهيل واعتباره قاصراً على ظروف أكلينيكية معينة . ودائمًا ما يتجه التفكير ، فى إطار الاضطرابات السيكايترية ، والتى سيركز هذا الفصل عليها ، إلى اعتبار التأهيل خاصاً بالأشخاص ، الذين يشخصون على أنهم فصاميون ، بينما الواقع أن العملاء من اصحاب الاضطرابات السلوكية يحتاجون بالمثل لإعاده تشكيل توافقهم الاجتماعى ، بالإضافة إلى علاج مشكلاتهم القائمة (watts and Bennett, 1991) ، وفى مجال العمل دائمًا ماتتجه إعادة التأهيل إلى المستوى الأدنى من العمل اليدوى، الذى يقل عليه الطلب فى أى اقتصاد متقدم . وهناك تطور ضئيل فى مجال إعادة التأهيل لأنواع أخرى من الوظائف والادوار الاجتماعية ، مثل الأدوار المنزلية والعائلية. ومن حيث المواقف دائمًا يعتبر إعادة التأهيل ملائمًا للمرضى الداخليين المقيمين فى المستشفى لفترات طويلة ، وأحيانا ما ينظر إلى الهدف من إعادة التأهيل على أنه لايزيد عن هدف خروج المرضى من المستشفى .

وقد أدت هذه الصلات بين إعادة التأهيل والمستشفيات النفسية القديمة ، وإعادة التوطين لجعل إعادة التأهيل توصيفًا غير عصرى ، بوصفه خدمات أصحبت تتم الآن فى المجتمع (١) (Lavender and Holloway, 1988) . بالإضافة إلى ذلك ، يبدو أن تعبير إعادة التأهيل أصبح بالنسبة لعديد من العملاء تسمية مغلوطة لعملية مساعدة الناس على العمل لأول مرة ، وهو ما يتعين أن يكون الوصف الصحيح لهذا العمل ، وعلى الرغم من ذلك فمازال التعبير يوفر وصفا جيدا لنوع العمل المهم للناس من ذوى المشكلات المعرفيه والانفعالية الحادة الممتدة لفترات طويلة .

ويمكن وصف إعادة التأهيل بصورة اكثر ملاءمة باعتباره إطارًا مفهوميًا (٢) يهتم بالأهداف . وبتعبيرات عامة ، فإن أهداف إعادة التأهيل هى مساعدة العملاء على جعل أدائهم الاجتماعى ذا قيمة فى السياق الاجتماعى بقدر الإمكان ، ويمكن لعدد متنوع من أساليب العلاج أن يسهم فى ذلك ، ولا توجد حدود قاطعة بين الممارسات العلاجية ، وممارسات إعاده التأهيل . وعلى الرغم من ذلك فإن أهم خصائص إعادة التأهيل تتمثل فى تحقيق أهداف إيجابية لتوافق اجتماعى وانفعالى جيد ، وذلك على عكس الكثير من أساليب العلاج التى تهدف خفض الكرب ، والخلط ، أو الانحراف . كما يهتم إعادة التأهيل أيضًا

---

(1) Community - based.

(2) Conceptual framework.

بالتفاعل الاجتماعى أكثر من اهتمامه بالأهداف بين الأفراد (١) .

وبينما تركز الكثير من أساليب العلاج التى تتراوح بين العلاج الدوائى والتحليل النفسى أساساً على الفرد ، فإن إعادة التأهيل يسعى لمعاونه الفرد على الوصول إلى توافق اجتماعى جيد . وهو ما يتطلب اهتمامًا بالبيئة الاجتماعية ، إضافة إلى الفرد ، وإلى التفاعل بينهما .

وجوهريًا ، يعد الهدف من إعادة التأهيل ، هوالقيام بنوع من التطبيع الذى يتضمن أحكامًا حول صحة التفاعل بين الفرد وبين بيئه اجتماعيه معينة ، وعاده ما يعنى ذلك تجنب الانماط المتطرفه لكل من الحمايه الزائدة (٢) والقصور فى الحماية (٣).

وهناك الكثير من العملاء الذين يحتاجون إلى درجة معينة من الحماية من التوترات المكنة ، كما يحتاجون للدعم للتغلب عليها . وبعض الحالات الاستثنائية من العملاء ممن لايضعون فى اعتبارهم هذه الحاجة للحماية والدعم ، يمكن أن يكونوا غير منتجين ، وبما ينتهى بهم لتوافق اجتماعى غير مستقر ومتأصل . ومن ناحية أخرى ، يؤدى توفير بيئة محمية غير ضرورية لعدم إعطاء الناس إمكانية استخدام أفضل قدراتهم ، وقد يؤدى بكل تأكيد إلى ضمور هذه القدرات ، وإلى أنماط رعاية اعتمادية ، تقلل من الاستقلالية والكرامة .

وتُعد فكرة التقييم المتعمق هذه جوهرية لتطوير برامج تدخل معقولة ومتماسكة فى إطار نظم التعامل مع الحالة (٤) (Intagliata, 1982; Beardshow and towel, 1990) ، أو فى منحى برامج الرعاية (٥) (Department of Health, 1990) ، وهو المنحى الذى أصبح متكاملاً بصورة متزايدة مع خدمات الأشخاص ذوى المشكلات العقلية المستمرة لفترات طويلة ، والذى يصبح التقييم الشامل مكونًا جوهريًا بالنسبة لهم ، ودائمًا ما يكون للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين الدور القيادى فى مجال مساعدة فرق إعادة التأهيل التقليدى ، أو الفرق الأحدث تشكيلاً لإعادة التأهيل فى المجتمع على صياغة البرامج، التى تقوم على التقييم الشامل . ودائمًا ما كانت المهارات العامة وطرق تحليل واستخدام المعلومات الموضوعية ، التى يسهم بها الأخصائيون النفسيون فى الفريق الأكلينيكى ، ذات قيمة بوصفها النوع من الخبرة المطلوب فى أى تدخل علاجى .

تقييم سياق إعادة التأهيل

هناك حاجة ، قبل التفكير فى تقييم الفرد ، إلى الأهتمام بالسياق الذى يتم فيه إعادة التأهيل ، ونوع البيئة التى يعيش فيها العملاء (أو التى يأتون إليها للقيام بالأنشطة النهارية) وما اذا كانت يمكن أن تعيق أو تيسر إعادة التأهيل بصورة واضحة ، وسيتم النظر هنا فى ثلاثه جوانب : البيئة الفيزيقية ، ونُظم الإداره المتبناه ، والاتصال بالخارج (Lavender, 1985) وعلى الرغم من كون بعض البيئات ، مثل أجنحة المستشفيات المخصصة للأقامة الممتدة ، تعد من بيئات الإقامة على المدى الطويل ، فإن هذه البيئات والتى توجد أكثر من غيرها لاتساعد على إعاده التأهيل ، وهى توجد بالمثل فى بعض مواقف إعادة التأهيل فى المجتمع أو منازل الاسره ، كما توجد فى المستشفيات النفسية .

---

(1) Intra - Individual objectives.
(2) Over - Protection.
(3) Under - Protection.
(4) Case management systems.
(5) Care program approach.

البيئة الفيزيقية

تؤثر جودة البيئة الفيزيقية ومقدار الراحة الذى توفره فى تيسير أو إعاقة إعاده التأهيل (Holahan, 1976) . وأكثر المناحى عنايه بتقييم البيئة الفيزيقية لأجنحة المستشفيات ، هو المنحى الذى طوره موريس (Morris (1969 ، والذى يتضمن أربعة معايير: الاول معيار بسيط لمقدار الكثافة من حيث عدد الأسرة فى كل جناح ، والآخرين معيارين للطابع المنزلى فى البيئة ودرجة الراحة فى أقسام النوم، والمناطق النهارية ، ووسائل الراحة المتاحة فى غرف النوم والمناطق النهارية ، ومدى ملاءمة تسهيلات النظافة والاستحمام ودورات المياه . وقد طور رنيز وزملاؤه (Raynes et al. (1979 مؤشراً يتعلق بالبيئة الفيزيقية ، كما طور لافندر (Lavender (1984 مقياساً مشابهاً لقياس جودة البيئة الفيزيقية ، فى إطار تطوير استخبار المعايير النموذجية (١) ، وطور ليبر وزملاؤه (Leiper et al. (1992 a; b نظام الكوارتز (٢)، الذى يتضمن قائمة لتقييم البيئة الفيزيقية لمؤسسات الإقامه ومواقف الانشطة اليومية ، والذى يشبه كلاً من استخبارات المعايير النموذجيه ، والكتابات حول تدخل الدور الاجتماعى .(wolfensberger, 1982)

ممارسات الإدارة

طورت سلسلة من البحوث مقاييس للممارسة الإدارية ، والتى تعد جزءاً مهماً من البيئة الاجتماعية لوحدات إعادة التأهيل ، وتتضمن هذه البحوث دراسة لثلاثة مستشفيات نفسيه ، قام بها وينج وبراون (Wing and Brown (1970، ودراسة مؤسسات الأطفال المعاقين لكينيج وزملائه .King et al (197) ودراسة راينز وزملائه (Rayens et al. (1979 لمؤسسات المتخلفين الراشدين ، ودراسة شيفارد ورتشاردسون (shephard and Richardson (1979 للمراكز السيكايترية النهارية فى المجتمع ، ودراسة سيجال ومويلس (segal and Moyles (1979 للتسهيلات النهارية المحمية ، ودراسة وينج (wing (1982 «للمستشفى – الفندق » ، ودراسة لافندر (Lavender (1987 لأجنحه الاقامه الممتدة فى المستشفيات النفسية . وهناك قدر كبير من التداخل بين الممارسات الأخرى التى تم تقييمها فى هذه الدراسات ، ويمكن تصنيفها فى ضوء ثلاثه أبعاد . (Laveder, 1985)

البعد الاول : الاستقلالية – التقييد (٣) ؛ أى المدى الذى يُسمح به للعملاء باتخاذ القرارات بأنفسهم ، البعد الثانى : الشخصية وانعدام الشخصية (٤) ؛ أى المدى الذى يسمح به للأفراد بالاحتفاظ بمقتنياتهم الشخصية وخصوصيتهم . وأخيراً الدمج ، والعزل (٥) وهو مدى انفصال فريق العناية عن العملاء (مثال ذلك هل تتقاسم الأنشطة والتيسيرات ، هل يوجد زى موحد) .

وقد حاول كليفورد وولفسون (Cliford and Wolfson (1989 تصميم مقياس « التقييم الوظيفى لبيئه الرعاية (٦) ، تأسيساً على هذه الأفكار ، والذى يوفر تقديرات عبر مجموعة متنوعة من الابعاد المماثلة تستخدم لتقييم جودة وملائمة الرعاية .

---

(1) Model Standards Questionnaire.
(2) Quartz System.
(3) autonomy - Restrictiveness.
(4) Personalization - depersonalization.
(5) Integration - segregation
(6) functional Assessment of Care Invironment (FACE).

الاتصالات الخارجية

العامل الثالث المهم فى إعادة التأهيل ، هو المدى الذى يتاح فيه للمرضى داخل الوحدة بالاتصالات الخارجية . ويحتمل أن تكون هذه المشكلة غير قاصرة على مواقف الإقامة فقط ، فالمرضى الذين يعيشون مع عائلاتهم فى مجتمعهم ، يمكن أن ينقطعوا بالقدر نفسه عن الاتصالات الخارجية . وقد طورت مقاييس كثيرة لتقدير الاتصالات بين المقيمين والمجتمع الخارجى ، منها ماطوره موريس Morris (1969) ، وراينز وزملاؤه Rayens et al. (1979) ولافندر Lavender (1984) ، وكليفورد وزملاؤه Clifford et al. (1989) . وهناك الكثير من اشكال الاتصالات يتعين وضعها فى الاعتبار ، بما فى ذلك الاتصالات غير المباشرة من خلال الخطابات أو التليفون (من وإلى العميل) ، وزيارات الاقارب والأصدقاء ، أو المتطوعين لمقر إقامة العميل ، وزيارات من العميل المقيم للأماكن والاشخاص فى المجتمع المحيط به . ويتعين بالمثل تقييم معوقات الاتصال بما فى ذلك تحديد ساعات الزيارة ، والرقابه على البريد ، والإجراءات المزعجة المتعلقة بالتفاهم على المغادرة .

وسيكون من المفيد التمكن من تقييم هذه الجوانب المختلفة المتعلقة بجودة الرعاية ، التى تقدم فى مواقف معينة ، من خلال مقياس واحد شامل . وقد طور لافندر Lavender (1984) مثل هذا المقياس لهذا الغرض فى إطار المستشفيات النفسية ، وهو استخبار المعايير النموذجيه ، كما قام كليفورد وزملاؤه Clifford et al. (1989) وليبر وزملاؤه Leiper et al. (1992 a ; b) بالتوسع فى هذه المحاولة المبكرة وقدموا مقياسًا أكثر شمولاً كجزء من جودة نظام السلامة (1) ، والذى صمم لتحسين جودة الرعاية فى إطار الصحة العقلية الأكثر اتساعاً . ومن المهم تذكر أن مستوى الرعاية المقدم للأفراد يعتمدعلى مقدار مايوفره المجال الكلى للسياقات المختلفة من امكانات ملائمة لأداء الدور وللدعم الاجتماعى ، الذى يغطى ما هو أكثر من جودة الرعاية ، من خلال الوحدات الفردية .

تقييم الأداء الاجتماعى

من المهم القيام بتقييم شامل لإمكانات الأداء الاجتماعى للعميل ، ومن الحكمة تقييم الصحة الجسمية والنفسية بداية . والصحة الجسمية مهمة على وجه الخصوص ، بالنسبة لأغلب العملاء المعاقين، ممن يحتمل أن يكونوا قد تعرضوا للإهمال لفترات طويلة فى المستشفيات ، وحتى إذا كانوا يعيشون فى المجتمع فربما لا يكونوا قد استفادوا من الخدمات الصحية فيه . والكثير من الوظائف الجسمية الأساسية، مثل : ضعف الإبصار أو السمع أو مشكلات الأسنان ، ومشكلات تحديد النسل ، ومشكلات الدورة الشهرية ، ومشكلات زيادة الوزن يمكن أن يحيط بها أى من أعضاء فريق إعادة التأهيل . والخبرات الخاصه بهذه المهمة تتمثل فى الأعمال التالية (الحصول على موعد مع طبيب عيون لمريض ضعيف النظر بشكل حاد ، ولم يكن لديه نظارات إطلاقًا) . وتحتاج المشكلات الجسمية من هذا النوع لتحديدها بوضوح وعلاجها ، إذا كان يتعين تحقيق أى نوع من التقدم فى إعادة التأهيل . وهناك الكثير من الجوانب فى الصحة النفسية ذات علاقة بإعادة التأهيل . ويقدم هال Hall (1980) مراجعة جيدة للمقاييس الرتبية الخاصة بتقييم المرضى ، منذ فترات طويلة ، ويركز الكثير منها أوليًا على الاضطراب النفسى ، أكثر من تركيزه على الأداء الاجتماعى . ولا توجد حاجة لتقييم القلق والعدوان والسلوك الجنسى ، إلا بقدر الحاجة لإيضاح أن ما يهمنا ، طالما نتناول مجال إعادة التأهيل ، هو مقدار تأثير المشكلات فى هذه المجالات على

(1) Quality assurance system.

إمكانات الأفراد على أداء الأدوار الاجتماعية.

ومن الملفت للنظر مدى جودة أداء بعض الناس على الرغم من المشكلات النفسية الخطيرة، ويتعلق الجزء الأخير من التقييم الصحى باتجاهات العميل نحو صحته الجسمية والعقلية، وانشغالاته بالاعراض النفسية والجسمية، والاقتناع بأن المرض يمنع من تحقيق أى تقدم فى إعادة التأهيل، أو القلق المفرط حول الانتكاس، وتشكل كل هذه الأمور عوائق فى وجه إعادة التأهيل.

ويوجد الآن عدد من المقاييس جيدة التصميم للتقييم النظامى للأداء الاجتماعى، وهى تتضمن مقياس تقييم إعادة التأهيل (١) REHAB (Baker and Hall, 1983)، واستخبار التسكين الاجتماعي(٢)، واستخبار المشكلات (Clifford, 1986; 1987)، وسجل الأداء الوظيفى (٣) (Mulhall, 1990)، ولكل مقياس من هذه المقاييس هدف مختلف قليلاً، ويتعلق بعضها بتقييم الحاجة للخدمات، بينما يتعلق البعض الآخر بتقييم الحاجة للبرامج الفردية، ويدعى البعض تعلقه بالأمرين. وعلى الرغم من ذلك، من المهم أن يتضمن التقييم سواء تم بصورة رسمية أو غير رسمية، الإمكانات الوظيفية الآتية على أقل تقدير.

١ - الذاكره الشخصية والتوجهات (أى معرفة أسماء الوالدين والأقارب، ومعرفة أعياد الميلاد، والذاكرة الشخصية حول أيام الطفولة والرشد).

٢ - القراءة والكتابة (أى القراءة والكتابة والهجاء والحساب، وفهم النقود، ومعرفة الاسعار الحالية).

٣ - رعاية الذات (الصحة الشخصية، الاستحمام، العناية بالملابس، العناية بالامور الصحية الخاصة، والعناية بالمظهر، وقص الشعر والعناية به، واستخدام دورة المياه، والإسعافات الأولية الأساسية).

٤ - مهارات إدارة البيت (الطبخ، التسوق، التنظيف، الغسيل، الخياطة، إجراء الإصلاحات المنزلية البسيطة، إمساك ميزانية، استخدام الاجهزة المنزلية، استخدام خدمات الغاز والكهرباء والمياه).

٥ - استخدام التسهيلات المجتمعية (المواصلات العامة، الضمان الاجتماعى، الشراء من المتاجر، أماكن الترفيه، الخدمات المالية والصحية).

٦ - مهارات العمل (البحث عن وظيفه، تقديم طلب وإجراء مقابلة، المهارات والقدرات الوظيفية).

بالاضافه إلى ذلك، فإن امكانات العملاء للتفاعل الاجتماعى والمشاركة فى علاقات اجتماعية تفاعلية تحتاج أيضا للتقييم. وعندما ينصب الاهتمام على دور اجتماعى معين (مثال ذلك بوصف الشخص موظفًا، أو زوجًا أو والدًا) تصبح هناك حاجة لتقييم أداء هذا الدور. ويجب ملاحظة أن الحصول على تاريخ اجتماعى شامل للعميل، يعد نقطة بداية مهمة. فعلى سبيل المثال تتنوع الأدوار الاجتماعية، التى يقوم بها الشخص عبر السنين، وأى العوامل أدت لنجاح هذه الأدوار، وهل يوضح التاريخ الاجتماعى سياق ارتقائى متدرج، اكتسبت خلاله الخبرات فى سياق وطبقت فى الاخر. وقدم واتس وبينت Watts and Bennett (1977) بعض المعلومات الإيضاحية لطرق استخدام الصدق التنبؤى لمجموعة مختصرة من المؤشرات المشتقة من التاريخ الاجتماعى. مثال ذلك أن معرفة مدى استقرار الشخص فى وظيفة أكثر أهمية من معرفة ما إذا كان قد عمل أم لم يعمل فى وظائف موسمية؛ للكشف عن الاستقرار الوظيفى فى العمل، كما أن تغير نوع العمل أكثر أهمية من مجرد تغيير العمل، خاصة فى المجالات التى يكون التغيير فيها أمراً معتاداً.

(1) Rehabilitation Evaluation.
(2) The Community Placement Questionnaire.
(3) Functional Performance Record.

ويحتاج استكمال التاريخ الشخصى لملاحظة دقيقة للأداء الاجتماعى الحالي. وعند تفسير البيانات الوارده من الملاحظة ، يصبح من المهم التمييز بين مفهومى القدرة (١) والأداء (٢) بوضوح . وتعنى القدرة هنا ما إذا كان لدى الشخص فى مخزون مهاراته تلك القدرات ، التى يحتاجها « لأداء » دور اجتماعى معين ، وما إذا كان الأشخاص يستخدمون هذه المهارات فى ممارساتهم بشكل ملائم للحصول على مستوى من الرضا عن ادائهم . مثال ذلك عميل ، يعيش بمفرده قد يكون من بين إمكاناته أو قدراته تغيير ملابسه أو ملاءة سريره ، وهو ما يعد مهارة يدوية بسيطة ، وعلى الرغم من ذلك قد يفشل فى استخدام هذه المهارة بشكل مناسب ، عندما يكون فى مؤسسة إقامة لأنه يفشل فى تذكر كيفية القيام بها، أو لأنه يفتقد الإتجاه حول كيفية تغييرها ، أو أنه لا يظن أن للأمر أهمية . وبالتالى فالأداء يتضمن تقديرات وقيم غير متضمنة فى محتوى المهارات أو القدرات الأساسية . ودائمًا ما يكون من الضرورى أن يتوفر الآتى لأداء الأدوار الاجتماعية :

١ – إمكانية تبنى وجهة نظر الآخر بالبعد عن التمركز (٣) ، وفقًا لمفهوم بياجيه Piaget ، ولهذا يصبح من الممكن الأخذ فى الاعتبار توقعات الأشخاص الآخرين والمشاركة فى ردود فعلهم لبدائل السلوك .

٢ – القدرة على ربط الأحداث الآنية بالمترتبات بعيدة المدى ، والقيام بالأعمال التى تؤدى إلى رضا متآخر .

٣ – مهارات حل للمشكلات لتوليد مجموعه متنوعه من الأساليب الممكنة لتحقيق هدف ، واختبار اكثر الأهداف ملاءمه .

وهناك بالمثل جوانب أخرى للأداء الاجتماعى ، تتضمن قيمًا مثل قبول الرغبات المتبادلة فى العلاقات (بمعنى آخر أن هناك تناوبًا فى الأفعال ، التى يقدمها الأشخاص بعضهم لبعض من خلال علاقاتهم) . وفى قبول الالتزامات الملائمة نحو الآخرين ، وفى اعتبار الشخص نفسه مسئولاً عن افعاله . (Phillips, 1968).

وبالمثل تتفاعل دافعية الدور الاجتماعى مع الكفاءة فى تحديد الأداء ، ويحتمل أن تكون المقابلات محدده البنية هى أفضل وسيلة لتقييم الدافعية ، وكما أوضح جريفس Griffiths (1974) فيما يتعلق بالدافعية للحصول على وظيفة ، ففى تقييم الدافعية يكون من المفيد محاولة تحديد المصادر المتاحة لكل من الرضا وعدم الرضا (Watts, 1983 a) ، ويجب عدم اعتبار الدافعية سمة شخصية مستقرة ، بل تعتمد على إدراكات الرضا وعدم الرضا الممكن ، وعلى المصادر الشخصية والاجتماعية ، والوضع الاجتماعى المعُزّز وتقدير الذات ، والأدوار الاجتماعية . وبالأخص أنه يحتمل أن يكون التوظف هو أكثر مصادر الدافعية قوة . ويتعين موازنة ذلك فى مقابل التوترات التى يستثيرها لأولئك المستهدفين انفعاليًا . وبالطبع يمكن خفض التوترات الانفعالية باكتساب الثقة والقدرة على السيطرة (Paerlin and schoder, 1978)، وبما يوازن المحصلة النهائية للدافعية .

ويمكن تقدير الكفاءه فى أى موقف ، حيثما تتوفر الامكانات لممارسة المهارات ، التى يجرى تقييمها . وبالتالى يمكن تقييم كفاءة الطبخ فى أى مطبخ ، على الرغم من أن إمكانية تقييم ممارسة

(1) Competence.
(2) Performance.
(3) Decentering.

الأشخاص لمهاراتهم فى الطبخ لأطعام أنفسهم ، يمكن أن تحدث فى موقف ، يقومون فيه بهذا العمل بطريقة مستقلة نسبيًا ، مثلما يحدث فى منزل العميل . وبالمثل يحتاج تقيم مهارات التوظف القيام به فى موقف واقعى للعمل (Pilling, 1991) .

وبصفة عامة ، يتعين القيام بعمليات تقييم الأداء فى المواقف ، التى يكون العميل فى حاجة لأستخدام مهاراته فيها ، ويتعين أن يقوم بالتقييم أشخاص لديهم وعى بمعايير الأداء المطلوبة . وهناك الكثير من مقاييس التقدير ، التى توفر بيانات مفيدة بين أيدى المقدر ذى الخبرة ، مثل مقياس جريفس (Griffiths, 1973) لسلوك العمل (١) ، والذى لم يتأكد بعد ، بقدر كافٍ ، إمكان استخدامه بواسطة مُقَدر مبتدئ ، وعلى الرغم من ذلك فحينما يتعين إجراء تقييم فى مواقف الدافعية ، يجب ممارسة الحذر فى التعميم حول الأداء فى موقف ، من خلال موقف آخر . ونادرًا ما يحتاج الناس لممارسة كفاءتهم بطريقه مستقلة فى البيئة الاجتماعية الطبيعية ، فعادة ما يتلقون دعمًا فى صورة نصيحة أو تشجيع ، أو يوجد من يؤدى بعض المهام من أجلهم من وقت لآخر ، أما نوع الدعم المتاح ، فهو ما يمكن أن يشكل الفرق الجوهرى فى مستوى الأداء . وأحد أهداف التقييم هو تحديد الحد الأدنى من مستوى التدعيم الضرورى لأداء ملائم ، ولهذا الأمر تطبيقات مهمة تحدد نوع المواقف ، التى سيتم إيداع العملاء فيها . وبالمثل يتضمن الاداء المقبول فى سياق اجتماعى إمكانات عامة للسلوك الاجتماعى ، ودور العلاقات التى يكون لها على الأقل قدر من الأهمية يساوى أهمية الكفاءة فى مهمة معينة . مثال ذلك ما أوضحه واتس Watts (1978) من أن العلاقات مع زملاء العمل فى وحدة لإعادة التأهيل للعمل كانت افضل منبئ بالتوظف فيما بعد . كما أن الاستجابة للإشراف والحماس ، لهما أيضًا بعض القوه التنبؤية بالنسبة للمرضى الذهانيين على وجه الخصوص ، وحيث يفشل أداء المهام فى التنبؤ . وإسهام السلوك الاجتماعى فى الأداء المنزلى المقبول مهم بالمثل ، فالمرضى الذين يعيشون فى بيوت خاصة (٢) لا تقبل إقامتهم ، إذا لم يكن تفاعلهم الاجتماعى مع صاحبة البيت مقبولاً ، مهما كانت جودة ما لديهم من مهارات منزلية .

وأخيرًا هناك بعض المهارات المعينة ، يتضمنها اكتساب الأدوار قد تكون مختلفة عن تلك المكتسبة لأداء أدوارهم ؛ ففى التوظف قد يكون السلوك غير الملائم فى المقابلة الشخصية ذا صلة لصيقة بالفشل فى الحصول على وظيفة (Searls et al. 1971) ، فما يهتم به أصحاب العمل هو الأمانة والتفتح والمعلومات الكافية عن مهارات الوظيفية ، والتوافق الشخصى والمعلومات حول الوظائف السابقه والقدرة على الإجابة اثناء المقابلة (Barbee and Kiel, 1973) . ومن الأمور الأخرى أيضًا ذات العلاقه بالتقييم مدى الاتصالات، التى تتوفر لدى العميل عن عالم الوظائف ، لأن السماع عن الوظائف من خلال العلاقات الشخصية هو الطريقه الأكثر شيوعًا فى الحصول على وظيفة (Jones and Azrin, 1973) . وفى الأدوار المنزلية ، هناك مهارات مشابهة فى طريقة تقديم الشخص لنفسه واتصالاته ذات العلاقة ، والتى تكون لها الأهمية ذاتها ، غير أنها لم تبحث جيداً حتى الآن .

التكامل والدعم الاجتماعى

وأخيرًا هناك حاجة لتقييم حجم التكامل والدعم الاجتماعى للمريض (McCarthy, 1988) . وهناك ثروه من الدلائل على أن المرضى أصحاب التكامل الاجتماعى الجيد تكون النتائج التالية لنوبات اضطرابهم النفسى حسنه وإيجابية ، مثال ذلك أن الإشخاص الذين يشخصون على أنهم فصاميون ، ولهم

(1) Griffiths' Scale for work behavior.
(2) Bed Sitter .

سجل نسبى من التوافق الاجتماعى ، تكون نتائجهم أفضل من حيث خروجهم المبكر من المستشفى ، ونجاح إعادة توطينهم فى مجتمعاتهم (Watts, 1983 b) . بينما اتضح منذ فترة بعيدة أن أشخاصاً مقيمين مع أقارب معينين ، يعدون مصادر لدعم اجتماعى جوهرى ، يمكن أن يؤثر فى انتكاس تالٍ (Vaughn and Leff, 1976) ، وهناك قدر ضئيل من البحوث ، فحصت احتياجات العائلات على المدى البعيد . (Atkinson, 1986; Shephard, 1991)

وعادة ما يتضمن التكامل الاجتماعى مجالاً معقولاً من العلاقات ، التى غالبًا ما تكون منفصلة ، وأن كانت توجد من خلال تجمعات متداخله . وقد وجد باتيسون وزملاؤه Pattison et al. (1975) أن عدد العلاقات الاجتماعية الأولية فى الجمهور العام ، يتراوح بين عشرين وثلاثين ، وبين عشرة إلى عشرين عند العصابيين ، ولكنه يتراوح بين ٤ ,٥ بالنسبة للذهانيين . وهناك تعريفات مختلفة قليلا للعلاقات الأولية مستخدمة بين الباحثين . ولكن من المهم اعتبار هذه العلاقات تضم الأقارب ، والأصدقاء والجيران والزملاء، الذين يذكر الفرد أنه توجد معهم علاقة منتظمة . وتغطى قوائم المقابلة لتقدير التفاعل الاجتماعى، التى طورها هندرسون وزملاؤه (مثال ذلك : Henderson and Duncan - Jones, 1982) عديداً من الأشخاص المتاحين حالياً فى الفئات الآتية : ١ – ذوى العلاقة العاطفية الحميمة . ٢ – الأصدقاء . ٣ – زملاء العمل . ٤ – العلاقات الموسمية . وتعد قائمة هندرسون للمقابلة واحدة من كثير من قوائم المقابلة المتاحة لتقدير توافق مجتمع المرضى السيكاتريين (Weissman, 1975) . وبالإضافة إلى عدد العلاقات ، يكون من المفيد النظر إلى الأبعاد المنفصلة لعمق العلاقات ، ونسبة الوقت المنفق فى العلاقات الاجتماعية (Phillips, 1968) .

وتتنوع الوظائف التى تخدمها العلاقات الاجتماعية المختلفة ، ويقترح ويز Weiss (1974) التصنيف التالى المقتبس فى قائمة هندرسون للمقابلة (١) :

١ – الروابط (التى توفر إحساساً بالأمان ومكاناً فى المجتمع)

٢ – التكامل الاجتماعى (الأشخاص المشاركون فى انشغالات معينة ، ممن تُتَبَادل معهم الخدمات فى مجالات الاهتمامات العامة).

٣ – إمكانات احتضان الآخرين .

٤ – تأكيد وتعزيز القيمة (روابط الدور مع الأسرة أو زملاء العمل ، الذين يعطون الشخص إحساساً بقيمته) .

٥ – الشعور بوجود حلفاء موثوق فيهم (عادة ما يكونون من الأقارب)

٦ – الحصول على الإرشاد (بمعنى القرب من ناصح موثوق فيه ، عندما يكون المرء تحت ظروف ضاغطة) .

وعلى الرغم من فائدة هذا التصنيف ، إلا أنه واحد من التصنيفات الكثيرة التى يمكن اقتراحها . مثال ذلك أنه لا يتضمن مفهوم « الامين على السر (٢) » كما استخدم فى دراسة براون وهاريس للاستهداف للاكتئاب . (Brown and Harris, 1978)

(1) Henderson' Interview Schedule.
(2) Confidant.

العميل. إحداهما : أن هناك قدراً مهمًا من الفروق الفردية فى مايتعلق بهذه الاحتياجات ، ويعنى هذا أنه من المهم النظر ، لا إلى مجرد أهداف الدعم الاجتماعى فى هذه الفئات المتعددة ، بل إلى مقدار رضا الأفراد بالمتاح لهم . وقد وجد هندرسون وزملاؤه Henderson et al. (1978) أن الأشخاص الذين شخصوا على انهم عصابيون دائما ، ماكانوا يشعرون أن احتياجاتهم لم تشبع ، بينما تتوفر لديهم شبكة صلات أوليه واقعية . النقطة الثانية تتعلق بالمدى ، الذى يمكن أن يحل به أحد جوانب التكامل الاجتماعى محل جانب اخر . وهناك دليل على أن المصادر المختلفة للدعم تشبع ، وظائف مختلفة (انظر مراجعة Bennett and Mouuis, 1983) ، مثال ذلك أنه يستعان بالجيران للحصول على الدعم الفورى المحدود ، بينما يستعان بالاقارب للحصول على العون الأكثر أهمية ، والذى قد يتطلب وقتًا أطول للحصول عليه ، ولكنه يدوم لفترات أبعد. (McCarthy, 1988).

وهناك أيضًا تمييز ، مهم على وجه الخصوص فى مجال إعادة التأهيل ، بين الصلات الاجتماعية، التى توفر امكانات ممارسة مسئوليات الدور (وهى رقم ٣ ، ٤ فى تصنيف ويز Weiss) وتلك التى توفر إمكانات الحصول على المساعدة . فبالنسبة لبعض الناس ، يكون الحصول على وظيفة مهماً لتوفير إمكانية التخلص من المسئوليات . وعلى الرغم من ذلك ، فعند انهيار إمكانات الحصول على عمل تصبح بعض الإمكانات الأخرى لأداء الدور متزايدة الأهمية ، من خلال الأنشطة التطوعية البناءة ، والاسهام فى إسعاد الأسرة والجيران ، أو فى القيام بوظائف فى بيئة محمية. (Holloway, 1988) . وهناك بالطبع إمكانات عديدة للقيام بدور مسئول فى البيت ، ومن المهم هنا معرفة من يفعل ماذا ، وكيف تنشأ هذه الانماط المعينه من المسئوليات ، وماجال التغيير الموجود ، وكيف تحل الخلافات فى هذا المجال (Shapherd, 1983) . وعندما تكون توقعات أسرة العميل منخفضة ، يميل اداؤه بالمثل للإنخفاض (مثال ذلك Freeman and Simmons, 1963) . وعلى الرغم من هذا قد تكون هناك بعض الحدود الواضحة للغاية لما يستطيع العملاء القيام به لأنفسهم فى بعض الحالات وقد يكونوا فى حاجة لحمايتهم من التوقعات ، التى لا يمكنهم الاستجابه لها . ومن الأمور شديدة الأهمية ، لكى يستطيع العملاء مواصلة استقلالهم ، وأن لا يصبحوا معاقين بلا ضرورة أن يشجعوا على القيام باكبر قدر ممكن من العمل .

ومن الأمور المثيره للشغف أن التوقعات المرتفعة لاتزيد من مخاطر العودة إلى الاضطراب النفسى، بقدر ما يؤدى إليه التورط فى الانفعالات العميقة ، التى توصف باعتبارها مستوى مرتفعاً من الانفعالات المعبر عنها (McCarthy, 1988) ، وأكثر الجوانب المنفردة تاثيراً فى الانفعالات ، هى عدد التعليقات الناقدة ، التى تصدر من الأقارب عن المريض . وتعتمد محكات هذه التعليقات جزئيًا على السياق الذى تصدر فيه ، واللهجه التى تصدر بها (Kuipers, 1979) وترتبط التعليقات الناقده بخطر الانتكاس لدى كل من الفصاميين والاكتئابيين ، على الرغم من أن آلية تأثيرها مختلفة فى الحالتين : ففى الفصام يكون من المهم أيضاً التفكير فى الصلات القائمة بين المريض والاسرة ، وحيث تتفاعل هذه الصلات مع مستوى الانتقادات (Vaughn and Leff, 1976) . وكلما كان مستوى الانتقاد مرتفعاً ، أصبح من المهم، على وجه الخصوص ، وضع الترتيبات التى تخفض من العلاقات إلى مستويات متوسطه .

وعند التفكير فى مدى ملاءمه بيئة معينة ، فإن المحكات العامة هى ماإذا كانت هذه البيئة ستفى باحتياجات العميل وطموحاته ، وهل ستؤدى إلى توافق مستقر غير معرض لخطر الانهيار ، ولن توفر إلا الحد الأدنى من الحماية والدعم ، وبما لا يتجاوز المتاح عادة . وعندما توجد ثغرات فى نظام الدعم الطبيعى تصبح هناك ضرورة للاهتمام بكيفية علاجها . وأحيانًا ما ينتهى التدخل مع العائلة بتوفيرها

لمستوى متزايد من الدعم . (McCarthy, 1988) . وعلى الرغم من ذلك ، سيظل هناك عديد من المرضى لاأمل لهم فى تزويد الأسرة أو شبكة العلاقات الاجتماعية لهم بالدعم الضرورى ، وفى هذه الحالات سيكون من الضرورى الترتيب لكى توفر الخدمات التأهيليه دعماً اضافياً أو ثانوياً ، على الرغم من أن ذلك لا يمكن أن يفى كلية بوظائف نظم الدعم الطبيعية (Shepherd, 1991) . ويقع فى مجال الاهتمام بتقديم كل من الخدمه الفعاله والحفاظ على استقلاله العميل أن ألا يكون الدعم الاضافى أكثر من الضرورى . ويحتاج أعضاء فريق التأهيل أو فريق العمل فى المجتمع لمعرفه ما هى التيسيرات الاضافية المتاحة فى المجتمع وذات العلاقة فى المستشفى . ومن الضرورى توفر شبكة من الامكانات لتقديم الإقامة بالمستوى الملائم من الإشراف لأولئك الذين لا يستطيعون الحياة بمفردهم. (Garety, 1988) واتاحه فرص وظائف محميه أو بعض الأنشطه النهارية لأولئك الذين لا يستطيعون الحصول على وظائف عادية (Pilling, 1988)، وتوفير دعم اجتماعى ثانوى لإكمال شبكة الخدمات الأولية . (Shephard, 1991)

رصد التغير

أخيراً ، ففى إعادة التأهيل ، مثلما هو الحال فى المجالات الأخرى ، من المهم وجود سبل لرصد، ما إذا كانت التدخلات التى صممت لتحسين التوافق الاجتماعى للمرضى كانت فعالة بالقدر المرجو منها . وتحتاج مثل هذه الاعتبارات لوضعها فى الحسبان فى مرحلة التقييم ، حتى يمكن استخدام مقاييس تجعل مثل هذا الأمر ممكناً . وهناك بالفعل عدد من المقاييس ، ومن بينها مقاييس مقننة تقدر سلوك العميل (مثال ذلك Baker and Hall 1983; Mulhall, 1990) ومقاييس تقدر مستوى حياه العميل (Rolleston, 1990) ، ومقاييس اخرى كيفية ، تحت التطوير فى مجال إعادة التأهيل (watts, 1989) . وعادة ما يعتمد اختيار المقياس الملائم على طبيعة مشكلات العميل والظروف الفريدة ، التى يتسم بها موقف أو مواقف التأهيل .

وفى حالة العملاء الأفراد ، يوصى شيفارد Shephard (1983) ، باستخدام إجراء قياسى متدرج وبسيط ، وأن كان مرناً لتحقيق الأهداف . مثال ذلك يمكن مقدماً صياغة خمسة مستويات للنتائج ، تتراوح بين أكثر النتائج العلاجية غير المرغوبة عبر النتائج الأكثر احتمالاً ، وحتى أفضل النتائج العلاجية المتوقعة. وعادة ما تحتاج المجالات المتعددة لوصفها بشكل منفصل بالنسبة لكل فرد ، وبالنسبة لكل متغير من متغيرات النتائج ، ويمكن عندئذ ربط درجة التغير المتحقق بالنقاط على المقياس المستخدم عند بداية إعادة التأهيل . وقد استخدم بيلنج Pilling (1988) هذا الأسلوب بنجاح ، وقدم منحىً مقنناً جذاباً لخصائص التغير يمكن تطبيقه على مجموعات المرضى غير المتجانسة .

خلاصة

يتطلب التقييم فى مجال إعادة التأهيل اجراؤه على كل من الفرد والبيئة ، وتتراوح عمليات تقييم البيئة بين تقييم وحدات إعادة التأهيل ذاتها وبين تقييم المجتمع الطبيعى . ويتراوح التقييم المطلوب للأفراد بين تقييم الامكانات الأساسية للحياة المستقلة نسبياً ، وبين تقييم المستويات العليا من الإمكانات المطلوبة لأداء الأدوار الاجتماعية . ولا يوجد لأى من الحالتين اساليب تقييم مقننة مرُضية ويحتاج الأخصائى النفسى الأكلينيكى للعمل من خلال تبنى مفهوم ملائم لكل من إعاده التأهيل ، لمعرفة ما الذى يتطلب تقييماً، ولأساسيات القياس النفسى ؛ ليكون قادراً على استنباط إجراءات مرُضية ، يمكن تطبيقها فى الظروف المحلية.

References

Atkinson, J. M. (1986) *Schizophrenia at Home: A Guide to Helping the Family*, London: Croom Helm.

Baker, R. and Hall, J. N. (1983) *REHAB: Rehabilitation Evaluation. Hall and Baker*, Aberdeen: Vine Publishing.

Barbee, J. R. and Kiel, E. C. (1973) 'Experimental techniques of job interview training for the disadvantaged: videotape feedback, behaviour modification and microcounselling', *Journal of Applied Psychology* 58: 209–13.

Beardshaw, V. and Towell, D. (1990) *Assessment and Case Management: Implications for the Implementation of Caring for People*, Kings Fund Institute Briefing Paper No. 10, London: Kings Fund.

Bennett, D. H. and Morris, I. (1983) 'Support and rehabilitation', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London: Tavistock.

Clifford, P. (1986) *Community Placement Questionnaire*, London: National Unit for Psychiatric Research and Development.

Clifford, P. (1987) *Problems Questionnaire*, London: National Unit for Psychiatric Research and Development.

Clifford, P. and Wolfson, P. (1989) 'FACE: a functional assessment of care environments', unpublished paper and questionnaire, National Unit for Psychiatric Research and Development, London.

Clifford, P., Leiper, R., Lavender, A. and Pilling, S. (1989) *Assuring Quality in Mental Health Services: The QUARTZ System*, London: Free Association Press.

Department of Health (1990) *Health and Social Services Department. Caring for people, the Care Programme Approach for people with a mental illness referred to the specialist psychiatric services*, HC(90)23/LASSC(90)11, Lancashire: DOH.

Freeman, H. E. and Simmons, O. G. (1963) *The Mental Patient Comes Home*, New York: Wiley.

Garety, P. (1988) 'Housing', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice*, Chichester: Wiley.

Griffiths, R. D. P. (1973) 'A standardised assessment of the work behaviour of psychiatric patients', *British Journal of Psychiatry* 123: 403–8.

Griffiths, R. D. P. (1974) 'Rehabilitation of chronic psychiatric patients: an assessment of their psychological handicap, an evaluation of the effectiveness of rehabilitation and observations of the factors which predict outcome', *Psychological Medicine* 4: 316–25.

Hall, J. N. (1980) 'Ward rating scales for long-stay patients: a review', *Psychological Medicine* 10: 277–88.

Henderson, S. and Duncan-Jones, P. (1982) *Neurosis and the Social Environment*, London: Academic Press.

Henderson, S., Duncan-Jones, P., McAuley, H. and Ritchie (1978) 'The patients' primary group', *British Journal of Psychiatry* 132: 74–86.

Holahan, C. J. (1976) 'Environmental change in a psychiatric setting; a social systems analysis', *Human Relations* 29: 153–66.

Holloway, F. (1988) 'Day care and community support', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Intagliata, J. (1982) 'Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management', *Schizophrenia Bulletin* 8: 655–74.

Jones, R. J. and Azrin, N. H. (1973) 'An experimental application of a social reinforcement approach to the problem of job-finding', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 6: 345–53.

King, R. D., Raynes, N. V. and Tizard, J. (1971) *Patterns of Residential Care*, London: Routledge and Kegan Paul.

Kuipers, L. (1979) 'Expressed emotion: a review', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 237–43.

Lam, D. H. (1991) 'Psychosocial family intervention in shizophrenia: a review of empirical studies', *Psychological Medicine* 21: 423–41.

Lavender, A. (1984) *Evaluation in Settings for the Long Term Psychologically Handicapped*, London: Kings College Hospital Medical School, University of London.

Lavender, A. (1985) 'Quality of care and staff practices in long term settings', in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology*, Leicester: BPS/Wiley.

Lavender, A. (1987) 'Improving the quality of care on psychiatric hospital rehabilitation wards', *British Journal of Psychiatry* 150: 476–81.

Lavender, A. and Holloway, F. (1988) 'An Introduction', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Leiper, R., Lavender, A., Pilling, S. and Clifford, P. (1992a) *Structures for the Quality Review of Mental Health Settings: The QUARTZ Schedules*, Brighton: Pavilion.

Leiper, R., Pilling, S. and Lavender, A. (1992b) *Implementing a Quality Review System: The QUARTZ Manuals*, Brighton: Pavilion.

MacCarthy, B. (1988) 'The Role of Relatives', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Morris, P. (1969) *Put Away: A Sociological Study of Institutions for the Mentally Retarded*, London: Routledge & Kegan Paul.

Mullhall, D. (1990) *Functional Performance Record*, London: NFER.

Parry, G. (1991) 'Domestic roles', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Pattison, E. M., Defrancisco, D., Wood, P., Frazier, H. and Crowder, J. (1975) 'A psychosocial kinship model for family therapy', *American Journal of Psychiatry* 132: 1246–51.

Pearlin, L. I. and Schooler, C. (1978) 'The structure of coping', *Journal of Health and Social Behaviour* 19: 2–21.

Phillips, L. (1968) *Human Adaption and its Failures*, New York: Academic Press.

Pilling, S. (1988) 'Work and the continuing care client', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice*, Chichester: Wiley.

Pilling, S. (1991) *Rehabilitation and Community Care*, London: Routledge.

Raynes, N. V., Pratt, M. W. and Roses, S. (1979) *Organisational Structure and the Care of the Mentally Retarded*, London: Croom Helm.

Rolleston, M. (1990) 'Controlled Study of Quality of Life – Long Term Patients Resettled in the Community', unpublished thesis submitted in partial fulfilment of the BPS Diploma in Clinical Psychology, Leicester.

Searls, D. J., Wilson, L. T. and Miskimins, R. W. (1971) 'Development of a measure of unemployability among restored psychiatric patients', *Journal of Applied Psychology* 55: 223–5.

Segal, S. P. and Moyles, E. W. (1979) 'Management style and institutional dependency in sheltered care', *Social Psychiatry* 14: 159–65.

Shepherd, G. W. (1983) 'Planning the rehabilitation of the individual', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G. W. (1988) 'Evaluation and service planning', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G. W. (1991) 'Foreword: Psychiatric rehabilitation for the 1990s', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G., Holloway, F. and Richardson, A. (1979) 'Organisation and interaction in psychiatric day centres', *Psychological Medicine* 9: 573–9.

Vaughn, C. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.

Watts, F. N. (1978) 'A study of work behaviour in a psychiatric rehabilitation unit', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 17: 85–92.

Watts, F. N. (1983a) 'Employment', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. (1983b) 'Socialisation and social integration', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. (1989) 'Qualitative research', in F. N. Watts and G. Parry (eds) *Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*, London: Erlbaum.

Watts, F. N. and Bennett, D. H. (1977) 'Previous occupational stability as a predictor of employment after psychiatric rehabilitation', *Psychological medicine* 7: 709–12.

Watts, F. N. and Bennett, D.H. (1991) 'Neurotic, affective an conduct disorders', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Weiss, R. S. (1974) 'The provision of social relations', in Z. Rubin (ed.) *Doing Unto Others*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Weissman, M. M. (1975) 'The assessment of social adjustment: a review of scales', *Archives of General Psychiatry* 32: 357–65.

Wing, J. K. (1982) 'Long-term community care; experience in a London borough', *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 2.

Wing, J. K. and Brown, G. W. (1970) *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960–1968*, Cambridge: Cambridge University Press.

Wolfensberger, W. (1982) *The Principle of Normalisation in Human Services*, Toronto: National Institute of Mental Retardation.

الفصل الرابع والعشرون

إعادة التأهيل : التدخل

Rehabilitation : Intervension

أ. لاڤندر ، ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

الفصل الرابع والعشرون

إعـادة التأهـيل : التدخـل

أ. لافندر . ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

مقدمة

يمكن تقسيم التدخل النفسى فى إعادة التأهيل إلى ذلك ، الذى يقوم فيه الأخصائى النفسى بالعمل مباشرة ، وذلك الذى يعمل فيه مع شبكة من الأفراد ، الذين يكونون على صلة منتظمة بقدر اكبر مع العميل (سواء أكان هؤلاء الافراد هم فريق العمل فى جناح المستشفى ، أم فريق التأهيل ، أم أسرة العميل ، أم شبكة الخدمات الاجتماعية) وكلا الدورين مهم . وقد اقترحنا فى الفصل الثالث والعشرين أن يكون هدف إعادة التأهيل هو تمكين الافراد من القيام بأفضل استثمار باكبر قدر ، يحظى بالتقدير فى السياق الاجتماعى . ويتضمن ذلك تزويد العميل بما يجعل أداءه فى أفضل مستوى ، سواء بالتدخل المباشر ، أو من خلال توفير التدريب والدعم لأولئك الذين يتفاعلون معه . ومن الأمور المهمة أيضاً العناية بما إذا كانت البيئات الاجتماعية ، التى يعمل العميل من خلالها مناسبة ، أم أن الأمر يحتاج لسعى لإيجاد بدائل لها .

وتختلف المواقف التى يتم إعادة التأهيل فيها بشدة من حيث كل من الموقع (مستشفى أو المجتمع) والأداء (أنشطة نهارية / أومقر للإقامة) . وتوفر بعض المواقف تدريباً على مهارات معينة ، بينما يسعى البعض الآخر لتحقيق اهدافه ، من خلال الطريقة العامة التى تدار بها الوحدة ، وتفاعل الفريق مع المرضى ، وسنهتم فى هذا الفصل المختصر بكيفية ابتكار الوحدات ، والتى عادة ما تكون داراً للإقامة ، للظروف التى يمكن من خلالها إعادة اكتساب إمكانية الحياة العادية لأول مرة . ونتحول بعد ذلك إلى الوحدات المعدة لتقديم التدريب على بعض الأدوار الاجتماعية المعينة . ولم نقم متعمدين هنا بوضع تمييز قاطع بين البرامج الاجتماعية أو المنزلية ؛ حيث اننا نرغب فى استخلاص المبادئ العامة ، التى تنطبق عليهما معاً . وأخيراً سنتناول كيفية احتياج المجتمع ، لأن يكون ضالعاً فى إعادة التأهيل .

البيئة الاجتماعية لإعاده التأهيل

من بين الأمور الجوهرية بالنسبة لأى بيئة تجرى فيها إعادة تأهيل ، الطريقة التى يعامل بها العملاء من المحيطين بهم ، وما إذا كانوا يتلقون مجرد نمط من العنايه فى إقامتهم دون تشجيع على الاستقلالية ، وممارسة المهارات ، وحيث لا يمكن بهذا توقع أى تقدم نحو التأهيل أو إعادة التأهيل .

ورغم أن الرعاية المؤسسية غالبا هى التى مازالت شائعة فى أجنحة الإقامة الممتدة فى المستشفيات النفسية ، إلا أنها يمكن أن توجد فى بعض المواقف المجتمعية الأخرى ، بما فى ذلك بيوت الضيافة ، ومراكز الرعاية النهارية وحتى فى منازل الأسرة (Lam, 1982) وتعد هذه نقطة مهمة ، ويتعين

فهمها فى الوقت الراهن ، حيث أُغلق الكثير من المستشفيات النفسية ، أو فى طريقه للإغلاق ، ويعاد المرضى إلى المجتمع . وهذا الانتقال له قيمة ضئيله إذا ما كان قد استحدث النمط المؤسسى نفسه للرعاية فى مواقف مختلفة . والممارسات المتبناة فى موقف معين يؤمل أن تكون لها وظيفة تأهيلية بأهمية الموقع نفسه ، الذى تتم فى هذه الممارسات ، وهناك قضيتان جوهريتان تتعلقان بتعديل ممارسات الفريق فى مواقف إعادة التأهيل ، تتعلق إحداهما بنوع الممارسات التى تؤدى لإعادة التأهيل ، وتتقاطع القضية الثانية معها ، وهى تتعلق بأفضل الطرق ، التى يمكن بها تعديل ممارسات الفريق.

وبالنظر إلى القضية الأولى . توضح الأمثله الآتية نوع ممارسات الفريق المرغوبة فى إعادة التأهيل :

١ – استخدام برامج التعلم الإجرائى التى تزود المرضى بالمكافآت عن الأهداف التأهيلية ، مثل : رعاية الذات (مثال ذلك : الاغتسال وارتداء الملابس) ، ومهارات إدارة البيت ، أو مهارات التفاعل الاجتماعى ، وعادة ما تطبق مثل هذه البرامج الاجرائية على كل العملاء فى الجناح ، باستخدام العملات الرمزيه [١] بوصفها مكافآت فورية ، وتبين الدلائل البحثية العديدة حول العملات الرمزية (Kazdin, 1977) وبرامج التعلم الاجتماعى (Pauland lentz, 1978) أن التحسينات المفيدة فى السلوك المستهدف تتحقق دائما وبالأخص فى مهارات رعاية الذات .

٢ – استخدام مبادئ « العلاج المجتمعى[٢] » فى اتخاذ القرارات الداخلية وتحمل المسئولية الشخصية وحيث يكون عقد اجتماعات عامة منتظمة ، تضم أفراد الفريق والمرضى فى الوحدة من المبادئ الأساسية (Jones, 1968)، ودائمًا ما يكون من النتائج العرضية لذلك حدوث زيادة عامة فى انشطة المرضى.

٣ – تعديل الممارسات فى الموقف ؛ للسماح بمجال أكثر اتساعًا للسلوك الفردى الاستقلالى ، وتعظيم أنشطة الوحدة الاضافية . وقد وُصفت إجراءات تحليل ممارسات الوحدة فى الفصل الثالث والعشرين . ويوفر ذلك إطارًا يمكن لأفراد الفريق أن يحصلوا من خلاله على عائد نفسى [٣] عن ممارساتهم ، بما يساعدهم على تحديد أى من هذه الممارسات ، يحتمل أن لا يحقق أهداف إعادة التأهيل . وبالتالى يمكن تحديد الأهداف النوعية للتغير فى ممارسات الفريق . وقد أوضح لافندر Lavender (1987) مدى فعالية مثل هذا المنحى .

وسيكون مشوقًا أن يكون المرء قادرًا على صياغة الاستخلاصات العامة حول الفعالية النسبية لمثل هذه المناحى ، غير أن هذا غير ممكن نتيجة لأسباب متعددة . وإحدى المشكلات هى أنه من الصعب العثور على أمثلة نقية نسبيًا لها . ودائمًا ما يصحب تطبيق برامج العملات الرمزية تغييرات أكثر عمومية فى نمط إدارة الجناح ، ودائمًا ما تتضمن برامج العلاج المجتمعى أنشطة متنوعة ، بالاضافة إلى المبادئ الأساسية لاتخاذ القرارات المنزلية وامساك حسابات البيت . وكما يشير ماركس وزملاؤه Marks et al. (1968) فإن الكثير من البرامج عبارة عن تأليف ، يجمع بين برامج التدعيم وبرامج العلاجات المجتمعية .

وقد يكون السبب الأكبر أهمية وراء عدم إمكان تقديم إجابة عامة حول فعالية أى من هذه البرامج، هو مشكلة ما الذى يمكن أن تقارن به ، إذ يمكن اعتبار كل نوع من البرامج طريقة واضحة ،

(1) Token economy.
(2) Theraputic Community Programs.
(3) Feedback.

تركز على علاج ممارسات الوحدات الضعيفة . ويحتمل أن يوفر أى منها تقدماً فى ممارسات موقف غير متطور . وعلى أى الأحوال ، فالموقف الجيد يتضمن عناصر الأنماط الثلاثة من البرامج ، بوصفه جزءاً مما يطلق عليه مكسمين وزملاؤه Maxmen et al. (1974) طب نفسى المستشفيات العقلانى (١) . ويترك ذلك مجالا محدوداً نسبياً لحدوث التحسن نتيجة لتقديم برامج نوعية جديدة . وحتى فى حالة المقارنة بين التأثيرات النسبية لنوعين من البرامج ، فيعتمد ذلك على مدى الإسهام الفعلى لعناصرهما المهمة بشكل غير رسمى فى أنشطه الوحدة ، ويؤدى ذلك لجعل كل المقارنات غير حاسمة حتى بالنسبة للدراسة الاستثنائية المتعمقة لبول ولينتز Paul and lentz (1979) ، والتى توصلت إلى نتائج أفضل باستخدام برامج التعلم الاجتماعى ، المعتمدة على مبادئ العملات الرمزية مقارنة بالعلاج البيئي .

وهناك قضية معينة تتطلب وضعها فى الاعتبار ، فيما يتعلق ببرامج العملات الرمزية ، هى أنه إذا كانت المكافآت لها تأثير جوهرى ، فيتعين فى هذه الحاله أن تكون البيئه تحت التحكم بحيث يصبح المستخدم باعتباره مكافأة ، كائناً ما يكون ، غير متاح للعميل من أى مصدر آخر ، كما يجب موازنة المزايا الممكنة لبرامج التعلم الإجرائى ، مقابل الآثار العكسية الممكنة للتحكم فى بيئة إعادة التأهيل .

وقد اشار شيفارد Shephard (1980) إلى أن برامج المواقف ذات الأنواع واضحة الاختلاف دائماً ما يوجد فيها القصور نفسه ، وهناك خطورة فى أن يؤدى تطبيق أى منحى بطريقة غير حساسه إلى اكتشاف حدوث إفراط فى التنبيه ، يؤدى إلى انتكاس بعض الأفراد ، الذين يعانون من الفصام (Hemsley, 1978) ، وهناك أيضاً مشكلات خطيرة فى الحصول على نتائج ، تعمم من موقف لآخر، وتستمر لفترات طويلة ، وهى مشكلة عامة فى إعادة التأهيل تتمثل فى أن المكاسب دائماً ما تكون قاصرة على الموقف ، الذى تحققت فيه ، ولاتقبل الامتداد إلى موقف آخر(Hollingsworth and Foreyt, 1975).

وقد أصبح من المؤكد أن هناك ارتباطات قليلة بين ما يقوم به العملاء على افضل وجه فى موقفين مختلفين (مثال ذلك : Ellsworth et al., 1986) ، ومن الصعب تجنب خلاصه أن الكثير مما يتحقق فى إعادة التأهيل ليس أكثر من تأثير اجتماعى ، ذى طابع عابر . (Watts, 1976) .

القضية الجوهرية الثانية هى كيفيه تقديم برنامج جديد للأنشطة فى موقف ما ، بطريقة تؤمن تعاون الفريق ، ويحظى هذا السؤال بأهمية أولية ، وإن كان قد لقى القليل للغاية من الانتباه الذى يستحقه، رغم أن هناك بعض البحوث عن كيفيه تدريب الفريق على تطبيق برامج العملات الرمزية (Kazdin, 1977) ، والتى أدت إلى نتائج مفيدة ، يحتمل أن تنطبق بالمثل على الأنواع الأخرى من التغييرات فى ممارسات الفريق .

وقد يؤدى التعليم الرسمى إلى تفصيل المبادئ الاساسية ، التى تقوم عليها البرامج ، غير أنه يبدو غير مؤثر فى مقدار جودة تنفيذ الفريق لها (Miline, 1985) . كما أن مجرد إخبار إعضاء الفريق بأى سلوك هو الذى يتعين أن يدعم له تأثير ضعيف ، ويحتاج الأمر لمتابعة التعليمات ، من خلال إشراف (Gardner, 1972) . وقد اوضحت دراسات كثيرة أن الفريق ينفذ البرامج بطريقة أكثر فعالية ، إذا ما قام افراده بمراقبة أدائهم بأنفسهم ، أو إذا تلقوا انطباعاً حول أدائهم من جانب الاخرين : Kazdin, 1977) (145 - 143 وعندما تقترن الانطباعات الموضوعية بالثناء الاجتماعى ، تصبح أكثر تأثيراً Cossiart et) (al., 1973 والعائد (الانطباع) وحده غير كافٍ ، ويمكن أن تكون المكالمات التليفونية اليومية طريقة مفيدة لتقديم العائد والتشجيع (Stoffelmayer et al., 1979) .

---

(1) Rational hospital Psychiatry.

وقد منح قدر غير كافٍ من الانتباه للأسباب الكثيرة لكون الفريق مقاوماً لتغيير ممارساته فى الاتجاه المرغوب . ويرى لافندر Lavender (1985) أنه إذا أُعطى بعض الانتباه لتحديد هذه الاسباب ، وبذل بعض الجهد للتعامل معها فغالبا ما سيتم احراز تعاون كامل واحتمال لأستمرار حدوث التغير فى الممارسات .

وهناك سجل مُقبض لبعض البرامج ، التى قدمت مبادرات حماسية ، ثم انهارت بمجرد توقف الاخصائيين النفسيين عن المشاركة فيها بشكل مكثف . ودائما ما تتبنى المؤسسات إفساد جهود البطل المبتكر (Giorgiades and Phillmore, 1975) ، وأحياناً ما تحدث مقاومه من الفريق لتعديل كل من الموقف وممارسات الاخصائين فى مجال المشكلات العملية . وفى بعض الظروف ، يكون قلق الفريق هو العامل الجوهرى المعوق للتغير . مثال ذلك أنه كان هناك اتفاق على قيام ممرض معين ، يساعده طالب تمريض على مصاحبة أحد العملاء ممتدى الإقامة إلى بعض المتاجر ، ومساعدته على التسوق . وقد قدمت سلسلة من الأسباب العملية للفشل فى القيام بهذه المهمة . وفى النهايه أصبح واضحاً أن الممرض كان قلقاً من اكتشاف عدم تمكنه أمام طالب التمريض ، ودائماً ما تكون مقاومة الممارسات الضعيفة للتغيير فى إعادة التأهيل نتيجة لمثل هذا القلق .

وعلى الرغم من ذلك سيظل هناك دائماً شخص معين فى الفريق لديه القدر الكافٍ من الثقة فى قدرته على مسانده التغيير البناء ، ومن المهم تحديد هذه العناصر الصحية فى النظام . ومن بين البحوث حول هذا الموضوع الإطار السيكودينامى (التحليل النفسي) ، الذى اقترحه مينزس Menzies (1959) لفهم ممارسات الفريق . كما قدم بريدجر Bridger (1981) منحىً سيكودينامياً أكثر عمومية لفهم السلوك المؤسسى . ودائماً ما يكون مجال التغيير فى الممارسات المؤسسية محكوماً بالمعوقات ، التى تفرضها المؤسسات الأوسع ، التى ينتمى اليها الفريق وبالولاءات المهنية المختلفة ، وخلفيات أعضاء الفريق . ومن المهم تحديد معوقات التغيير ، التى يتعين على المهنين الخارجيين حشد جهودهم للتغلب عليها، مع السعى لتأمين الدعم النشط لرئيس الفريق ، وعلى الرغم من ذلك فإن الفريق الذى يتصف بتكامل جيد دائماً مايستطيع إجراء تغييرات فى نمط عمله ، إذا كان لديه التزام كافٍ للقيام بذلك . وقد دعى واتس وبينت Watts and Bennett (1983) ، واضعين ذلك فى الاعتبار ، لتأكيد أهمية تشجيع وتكامل الفريق فى مجال إعادة التأهيل ، وبحيث تتخذ القرارات بصورة جماعية ، ويشجع كل أفراد الفريق على المباردة من تلقاء أنفسهم استجابة لاحتياجات العملاء المتغيرة ، وعلى الرغم من ذلك ، فإلى جانب الصعوبات الجوهرية فى تطوير هذا النمط لفريق العمل ، هناك مشكلات أخرى متعلقة وتحتاج إلى العناية بها (Pilling, 1991) من ذلك أن هناك احتمالاً لحدوث قدر من صراع الأدوار والغموض فى الدور ، وهى أمور قد يجد أفراد الفريق أنها مثيره للتوتر (Braga, 1972) . هناك أيضًا خطر من أن يؤدى تماسك أعضاء الفريق إلى حدوث نفور من الخروج على الاجماع . أو شكوك العاملين فى المؤسسات فى أولئك الذين لا ينتمون إلى الفريق. ووجود مثل هذا الفريق القادر على مواجهة هذه المشكلات والتغلب عليها ، وتشغيل نظام للتقييم والتدخل ، وملاحظة البرامج الفردية للرعاية جوهرى لخدمات إعادة التأهيل ، ذات المستوى الرفيع من الجودة (Lavender and Holloway, 1992) .

الإعداد للأدوار الاجتماعية

كانت هناك وحدات تدريب فى أغلب أقسام إعادة التأهيل فى المستشفيات، ومازال يوجد البعض منها حتى الان ، وهى مصممة لإعادة تدريب العملاء على مهارات إدارة المنزل كإعداد للحياة المستقلة ،

وللتدريب على المهارات المهنية للحصول على عمل ، أو لبعض أدوار العمل الأخرى . ونادراً ما تنشئ مثل هذه الأقسام فى وحدات إعادة التأهيل المجتمعية ، ووراء ذلك سبب جيد ، وهو تجنب توفير تيسيرات تؤدى إلى نمط مؤسسى للرعاية ، كما أن التدريب على المهارات لا يتعلق بالمواقف المجتمعيه ، وهناك أيضاً أسباب أخرى ، عبارة عن مشكلات تعوق تقديم مثل هذه الخدمات ، تتضمن رغبة مُقنّعه لتوفير الأموال ، أو نتيجة لفشل إدارات الخدمات الصحية والاجتماعية فى الاتفاق ، حول ما إذا كان هذا الجانب من الرعاية اجتماعياً (أى من مسئوليات الخدمات الاجتماعية) أم صحياً (أى من مسئوليات الخدمات الصحية الوطنية) ، أو ببساطة نتيجة لنقص التخطيط للخدمات ، أو لكل هذه الأسباب مجتمعة .

ويحتاج العميل فى أى موقف للمشاركة فى إصدار القرارات المتعلقة بأى الأدوار الاجتماعية يتعين أن يكون هدفاً لإعادة التأهيل ، ومحاولة إعادة تأهيل الناس لأدوار لا يهتمون بها ، يعد أمراً غير فعالاً ، بالاضافة إلى كونه مشكوكاً فيه أخلاقياً والمشكلة تتمثل فى أن العملاء شديدى القلق حول قدراتهم على التعامل مع وظيفة معينة أو مع الحياة الاستقلالية ، يمكن أن يتعاملوا مع قلقهم بإعلان أنهم لايرغبون فى الوظيفة أو الحياه الاستقلاليه ، غير أنه مع زياده ثقتهم فى أنفسهم من خلال إعادة التأهيل قد يأخذون بوجهة نظر مختلفة .

ويتعين على العاملين فى إعادة التأهيل أن يحاولوا فهم معارضة العملاء بدلاً من أخذ الأمور على علاتها ، كسبب لعدم الاستمرار فى إعادة التأهيل . ومن المهم وجود مهام متعلقة بالعملاء ، أو ذات صلة بهم فى إطار كل دور . وقد أوضح جونز وزملاؤه(1956) Jones et al. ذلك بشكل بسيط ، من خلال وصفهم لكيف أن العملاء الذين يعانون اضطرابات شخصية ، لا يتحمسون لأعمال الإنتاج الصناعى ، ولكنهم يأخذون إعادة التأهيل بطريقة أكثر جدية ، عندما يطلب منهم بدلاً من ذلك أن يعملوا لتحسين ظروف المعيشة فى البناية ذات المواسير التالفة ، التي تشغلها وحدتهم . وبالشكل نفسه يحصل جميع العملاء فى برنامج لإعاده التأهيل المنزلى على المساعدة للقيام بالطبخ فى الوقت ، الذى تكون فيه المشكلة الحقيقية بالنسبة لبعضهم هى التسوق ، أو استخدام الأدوات ، ويتطلب الأمر قدراً كبيراً من سعة الحيلة والمرونة من فرق إعادة التأهيل فى المجتمع ، إذا كانت ترغب فى تعديل البرنامج ليفى بالاحتياجات الحقيقية للعملاء .

وعلى الرغم من ذلك ، فهناك عناصر عامة مطلوبة فى المهارات النفسية للأدوار الاجتماعية ؛ فيمكن تعريف العمل بوصفه تدريباً على حرية التصرف فى حدود إطار سابق للوصول إلى أهداف متفق عليها (Bennett, 1970) ، وبهذا المعنى سيظهر العمل فى سياقات أخرى متعددة منفصلاً عن التوظف ؛ فالعناية بصغار الأطفال عمل بالطبع على الرغم من أنه ليس وظيفة . وللعمل وظائف ظاهرة، مثال ذلك أنه يحقق فائدة مالية ، ووظائف كامنة مثل ما يوفره من إمكانات لممارسة المهارات النفسية العامة كتنظيم الوقت ، وممارسة حريه التصرف فى الاتصالات الاجتماعية المنظمة التى يتضمنها ، ولاحترام الذات الذى يمنحه للشخص (Jahoda, 1979; Pilling, 1988; 1991) .

ورغم أن التوظف الرسمى قد يكون طريقة جيدة ، إذا كان متاحاً ، لتوفير هذه المزايا ، إلا أنه يمكن الحصول على هذه المزايا فى سياقات أخرى .

وهناك أنواع مختلفة من المواقف مطلوبة فى مراحل إعادة التأهيل ؛ فقد لا يفى أداء العملاء فى البداية بالمتطلبات . وسيكون الهدف عندئذ هو مساعدتهم من خلال التدريب على المهارات والتشجيع التدريجى ؛ لتحسين مستوى ادائهم . والخطأ الذى يرتكب دائماً فى هذه المرحلة ، هو ببساطة تقديم مجموعة من الأنشطة المقننة للعملاء ، دون أى تحليل لاحتياجاتهم أو ملاحظة تقدمهم .

ويتعين فى المرحلة المتأخرة من إعادة التأهيل إما أن يصبح الموقف تأهيلاً داخل المجتمع ، أو يهدف لتوفير الظروف الأكثر التصاقًا بتلك التى ستوجد فى هذا الموقف . وبالنسبة لمهارات التوظف ، إذا كان الهدف انتقال الشخص إلى وظيفة حقيقيه ، فيتعين أن يقدم له موقف التأهيل ساعات عمل معتادة ، ونوعًا من الإشراف ، والضغوط التجارية التى سيتعرض لها ، ومالم تكن مثل هذه المواقف متاحة ، فلن يكون هناك إجراء تقييم معقول لما إذا كان العملاء سيتمكنون من استخدام مهاراتهم بشكل ملائم أم لا، أو أنه أصبح من الممكن انتقالهم لوظائف حقيقية فى بيئة غير محمية . والتوقعات حول الأداء السوى فى مثل هذه الوحدة يمكن أن تكون مؤثرة لتحقيق أداء مناسب . وتعطى مثل هذه المواقف الثقه للعميل فى كونه قادرًا على الانتقال بين وحدة إعادة التأهيل ، وظروف الحياة أو العمل العادية . ومثل هذه الظروف وسلوك الفريق فى المراحل المبكره والمتأخرة لإعادة التأهيل ،تجعل من الممكن توفير كل من هذه التوقعات ، وهذه الثقة فى الموقف نفسه . ويتطلب الأمر أيضًا الاعتراف بأن بعض العملاء قد لا يكونوا قادرين على الحصول على وظائف حقيقية ، نتيجة لنقص الفرص أو للفشل فى تطوير مستوى مُرضٍ من المهارة . ويصبح من الضرورى فى هذه الحالات تطوير مجال من فرص الوظائف المحمية فى إطار الخدمات التأهيلية (Pilling, 1988) وقد وصف واتس (Watts (1983 a الحاجة لتنظيم إعادة التأهيل فى سلاسل من مواقف المطالب المتزايدة فى سياق المبادئ العامة للتكيف الاجتماعى . وقد برز من خلال البحوث المتنوعة لسياق التنشئة الاجتماعية للراشدين والأطفال بعدين ، يمكن تحديدهما بصورة إجمالية باعتبارهما متطلبات المهام وتوفير الدعم ، والتعامل مع هذين البعدين بطريقة ملائمة هو جوهر إعادة التأهيل الناجح ، وفى المراحل المبكرة ، دائمًا ما يرغب العملاء فى الاستجابة إلى متطلبات المهام المحدودة فقط فى سياق دعم مرتفع ، وإلا فإنهم يسعون إلى الانسحاب من برنامج إعادة التأهيل ، وقد يظهرون زيادة فى « سلوك المرض » [(1)] (الفصل السادس Shepherd, 1993) . ويتباين نوع الدعم المطلوب من عميل لأخر . غير أن الأمر المهم ، هو أن يشعروا جميعا بوجود مثل هذا الدعم ؛ فإذا قُيّم المستوى الأولى من المتطلبات والدعم بصورة ناجحة، فسيحدث تحسن تدريجى فى أداء المريض . وعندئذ يمكن أن تؤدى المستويات المتزايدة من المتطلبات إلى إرتفاع مستوى الأداء ، ويؤدى ذلك بدوره إلى تعزيز التقييم الذاتى ، الذى يمكن أن يكون له تأثير إيجابى ممتد، من المنظور العام لإعادة التأهيل الناجح .

ووفقًا لما يذكره لازاروس (1966) Lezarus ، فإن الاستجابة لمتطلبات المهام تتأثر بعمليات التقدير الثانوى [(٢)] ، المعتمدة على تقدير الشخص لموارده الشخصية ، وتلك المتاحه من الآخرين للوفاء بمتطلبات المهام . ويمكن توقع أن يرفع التقييم الزائد للذات من قدره الناس على الاستجابة لكل متطلبات المهام بطريقة بناءة ، دون تجنب أو سلوك مرضى ، وعلى القيام بذلك بأقل درجة من الاعتماد على دعم وموارد الآخرين ، ويؤدى ذلك بدوره إلى خفض مستويات الدعم بقدر ما ، مع التقدم فى إعادة التأهيل ، رغم أن الرعايه تتطلب تأكيد توفر حد أدنى ضرورى من الدعم المستمر . وبما أن زيادة الثقة فى النفس لها هذا القدر من الأهمية فى إعادة التأهيل ، يصبح هناك متسع لتعلم مهارات جديدة ، لا تكون مطلوبة بشكل مباشر فى الوظيفة . مثال ذلك تعلم الحساب أو اليوجا [(٣)] ، وهو ما قد يودى بطرق مختلفة إلى زيادة إحساس المريض بقدرته على الوفاء بالمطالب ، رغم أن هذه المطالب قد لاتكون مطلوبه بشكل مباشر.

---

(1) Illness behavior.
(2) Secondary appraisal.
(3) Yoga.

وهناك بعض البحوث حول استخدام الأساليب السلوكية ، لتعديل السلوك المتعلق بالعمل فى عدد متنوع من المواقف (Andrasik et al., 1981; Watts, 1983b) ويتعين أن تكون الأهداف المختارة للتدريب على المهارات الاجتماعية ، هى تلك التى ستؤدى إلى إظهار أكبر الاختلافات بين ما إذا كان الأشخاص سينجحون فى الوظائف الحقيقية ، أم أنها لاتلائمهم ، وسينجحون فى بعض التيسيرات المجتمعية المحمية فقط . وعادة ما يكون من الأمور غير الواقعية محاولة تحسين المهارات فى كل المجالات . وغالبًا ما تعد الانتاجيه المنخفضة هى المشكلة فى إعادة التأهيل ، وفقًا لما تذكره تقارير العلاج النوعيه على الرغم من أنها ليست العامل الأكثر جوهرية فى القدرة على التوظف . وقد تبين أن تقديم عائد بيانى (منحنى بيانى) للانتاجية يوفر تنبيهًا اجتماعيًا ، ومكافأة على الأداء الجيد ، كما تبين أيضًا أن تقديم حوافز مالية على أساس الإنتاج بالقطعة أظهر بالمثل أنه مفيد . وقد وجد ولكر (1979) Walker فى دراسة أجريت على عينة ممثلة أن أفضل النتائج ، هى التى أمكن الحصول عليها بتوليفة من هذه الأساليب . ويمكن أيضًا استخدام التسكين المنظم لعلاج القلق المفرط من الوقوع فى الخطأ ، ومن النقد ، أو من تعلم مهام جديدة ويحتمل أن يكون العامل الأساسى هنا هو التأكيد منذ البداية على أن العميل ينظر إلى قلقه على أنه مشكلة ، يتعين التغلب عليها ، ويمكن لأسلوب التعليمات الذاتية أن يمثل هو الآخر إمكانية مفيدة للتحكم فى القلق ، تركز على وجه الخصوص على إحداث تغيير فى الاتجاه ، والذى عادة ما يكون مفتاح النجاح فى إعادة التأهيل . وقد وضح فى الفصل السابق أهمية كون السلوك الاجتماعى محددًا جوهريًا فى القدرة على التوظف ، وبالتالى يمكن أن يصبح التدريب على المهارات الاجتماعيه ذا علاقة ، ويبدو التعريف الواسع للمهارات الاجتماعية ، الذى قدمه ليبرمان وزملاؤه (Liberman et al., 1986) هو الأكثر قابلية للتطبيق فى مجال إعادة التأهيل ، وهو يركز على مصادر القوة والضعف اللفظية وغير اللفظية ، وتصميم أساليب تدخل لتحسين الأداء فى هذه المجالات ، وتظل مشكلة التعميم (shephard, 1986) بالنسبه لأى منحى للمهارات الاجتماعية قائمة ، فالتحسن فى الموقف العلاجى دائمًا مالا ينتقل إلى المواقف الواقعيه .

وقد أوضح عدد من الدراسات (Gillen and Heimberg, 1980; Liberman et al. 1987) كيف أن أساليب مثل لعب الأدوار ، والعائد من خلال الفيديو وأساليب حل المشكلات يمكن أن تؤدى إلى تحسن جوهرى فى المهارات ، وبالأخص فى سلوك الفرد فى المقابله الشخصية . ومع ذلك يبدو أن هناك دلائل مباشره وإن كانت ضئيلة على أن ذلك يؤدى إلى تحسن فرص الحصول على وظيفة فعلية ، ورغم أن التدريب على مهارات التوظف تطور بشكل جيد وحظى ببحوث أكثر من تلك التى حظيت بها المهارات المنزلية ، إلا أن المبادئ نفسها تنطبق على المجالين وهناك حاجة على وجه الخصوص للحرص عند إختيار المتغيرات المستهدفة ، وتوفير عائد وحوافز للأداء والمساعدة فى التغلب على القلق . وقد قدم انتونى (1980) Anthony التدريب على المهارات بوصفه الخاصية المركزية فى إعادة التأهيل ، وجادل فى أن من المهم تحسين أداء مجموعة متنوعة من الأدوار الاجتماعية . ومن بين المحاولات المثيرة للشغف ، التى استهدفت تحسين الجوانب التعبيريه فى التفاعل الاجتماعى ، البرنامج الذى صمم لتحسين إمكانات الأمهات على اللعب بشكل فعال مع أطفالهن فى مرحلة ما قبل المدرسة (Lindsey et al., 1978) وكان تقصى مهارات اللعب لدى الأمهات ، اللاتى انتظمن فى دورة نهارية لإعادة التأهيل فى مستشفى من الأمور الصادمة . وقد استخدمت المجموعة نموذج المشاركة لمساعدة الأمهات على دخول عالم الأطفال وتبادل الحديث معهم ، وإظهار التأييد فى تعبيراتهن الذاتية . وقدم بارى (1991) Parry مناقشة وافية للتطور فى برامج إعادة التأهيل للأدوار الأسرية ، والتدريب على مهارات الحياه الاستقلالية الذى طور للمتخلفين عقليًا ، والذى يمكن تطبيقه فى إعادة التأهيل السيكايترى . ومن بين البحوث فى هذا المجال ،

والتى قدم لها لوتزر وزملاؤه Lutzer et al. (1981) مراجعة برنامج كوڤو Cuvo الذى كان مثيراً على وجه الخصوص ، والذى تضمن برامج للتعلم الفعال ، تركز على استخدام العملات المعدنية وعمل مكالمات طوارئ تليفونية ، واستخدام المواصلات العامة . وكانت النتائج مشجعة ، على الرغم من أن النتائج على المدى البعيد فى مستوى الأداء فى بيئة الحياة اليومية لم توضح بشكل كامل . ويعانى أغلب العملاء ، الذين يستفيدون من خدمات إعادة التأهيل من الخبرات الذهانية فى بعض الأوقات . وهناك تاريخ نفسى طويل لمحاولة فهم هذه الخبرات فى إطار تقاليد التحليل النفسى (Freud, 1911; Frosch, 1983) على الرغم من أن مثل هذه التطورات تعد حديثة من المنظور المعرفى (Bentall, 1990) ، وعلى الرغم من ذلك فقد أشار فروك (1983) Frosch فى مراجعته الممتعة إلى أن بينما لعب التحليل النفسى دوراً فى فهم العمليات الذهانيه إلى المدى، الذى ترجم به هذا الفهم إلى علاج له معنى - إلا أنه يتعرض للنقد . وقد طُورت التدخلات المشتقة من النماذج المعرفية متضمنة أساليب خفض قوه المعتقدات فى الهذاءات (Chadwick and lowe, 1990) ، واستراتيجيات لتحسين قدرة العميل على التغلب على الخبرات الذهانية (O'sullvan, 1991) . ويقدم سليد (1990) Slade مراجعة مفيدة لهذه المناحى المعرفية والسلوكية أيضاً ، وغالباً ما تبرهن مثل هذه التدخلات على فائدتها للعملاء عندما يحاولون تطوير أدوارهم الاجتماعية .

الصـلات بالمجـتمع

لا يتوقع من إعادة التأهيل أن يؤدى فقط لإعداد العملاء لأدوار فى المجتمع ، ولكن لكى يساعدهم أيضاً على تيسير دخولهم لمواقف فى المجتمع ، يمكنهم أن يمارسوا من خلالها هذه الأدوار . يتضح ذلك من البرامج المعقدة ،التى صممت لمساعدة العملاء على الحصول على وظائف . وأحد أكثر هذه البرامج المؤثرة هى « نادى البحث عن وظيفة » [(1)] ،الذى يتردد عليه العملاء يومياً إلى أن يجدوا وظيفة (مثال ذلك انظر: Azrin et al., 1975; Jacobs et al., 1984) ويوفر النادى تنظيماً شاملاً لعمليات البحث عن وظيفة يعتبرها العملاء نشاطاً طول الوقت . ويشجعون على استخدام كل مصادر المعلومات المتاحة عن الوظائف الشاغرة ، وأن يكتشفوا كل الطرق المعقولة المفضية إليها . ويقدم لهم تدريب على كيفية ترتيب موعد مقابلة للحصول على الوظيفة ، وكيف يتصرفون خلال المقابلة ، وبلغ وسيط الفترة التى استغرقها العملاء للحصول على وظيفة من خلال النادى ١٤ يوماً مقارنة بثلاثة وخمسين يوماً لدى عينة ضابطة ، كما كان لدى العملاء ميل أكبر للحصول على وظائف من مستوى أعلى . وتتطلب أيضاً خدمات إعادة التأهيل الجيده مجالاً من التسهيلات لمساعدة العملاء ، الذين لم يحصلوا على وظائف لكى يحافظوا على مهاراتهم . وكما أشار شيفارد (1991) Shephard وبيلينج (1991) Pilling فإن فرص العمل ، وبالأخص لأغلب العملاء المعاقين انخفضت بشكل حاد فى السنوات الأخيرة .

وبالنسبة لهؤلاء العملاء ، فإن الورش المحمية (1988) Pilling مهمة على وجه الخصوص ، وعادة ما تكون هذه الورش بمثابة توقعات أقل بدرجة مما يمكن الحصول عليه فى الوظائف الخارجية ، إلا أنها تظل بمثابه بديل متوفر للوظائف . وهناك بديل آخر هو استخدام الأقسام المحمية فى المجال الصناعى (Wansbough and Cooper, 1980) وستتوفر أيضاً فرص العمل التطوعى ، أو الأنشطة الترفيهية البناءة للمرضى ، الذين تكون مثل هذه المواقف هى الأكثر ملاءمة لهم لاستخدام مهاراتهم فى العمل . وتتضمن مثل هذه المواقف مراكز الزيارات ، ونظم النوادى المنزلية (Beard et al., 1982). ويحتاج فريق إعادة التأهيل وفريق العمل فى المجتمع لمدى واسع من الاتصالات المجتمعية ؛ لتعرف المتاح وتوجيه العملاء فى بحثهم.

(1) Job finding Club.

وتبرز قضايا مشابهه فيما يتعلق بالعودة للإقامة والعيش فى المجتمع . وإذا تم إخراج العملاء وصرفهم لمنازلهم بعد الإقامة فى المستشفى ، فستحتاج الأسرة وأحياناً الأصدقاء للمساهمة فى إجراءات الخروج من المستشفى . ويتعين قيام العميل بزيارة البيت فترات تجريبية قبل خروجه نهائيا من المستشفى لتحديد المهارات التى سيحتاجها ، أو ستحتاجها فى البيت ، ويمكن استخدام الفترة الباقية بعد ذلك ؛ لمساعدته أو لمساعدتها على اكتساب هذه المهارات (O' Brien and Azrin, 1973) . ومن المهم أيضاً الكشف عن مدى توافق توقعات العميل والعائلة أو أعضاء الفريق (Jacobson and Klerman, 1966) . مرة أخرى لمحاولة التوفيق بين كل ذلك قبل الخروج من المستشفى ؛ بهدف جعل توقعات فريق الرعاية والأسره مرتفعة بقدر ما هى واقعية ، وعندما يكون من الممكن إيجاد فرص تجعل العميل يسهم بشكل إيجابى فى أعمال البيت ، بما يؤدى إلى حصوله على ترحيب حقيقى من بقية أفراد الأسرة وأعضاء الفريق ، فسيكون ذلك مفيداً على وجه الخصوص .

وعندما يصبح العميل فى البيت ، فمن المهم أن يتوفر لدى الأسره أو فريق الأقامه إمكانية النصح والدعم ، وأحدى الطرق الاقتصادية للقيام بذلك للعائلات ، أن تتم من خلال مجموعه معاونة ذاتية من بين الأقارب (Priestly, 1979; Kuipers et al., 1989) ، بالإضافة إلى بعض المساهمات المهنية . ومهمة هذا النوع من الجماعات هو توفير المعلومات حول بعض الأمور العملية ، مثل : الإقامة والمزايا المتاحة فى الخدمات الاجتماعية ، ولتوفير الفرص للأقارب لتعلم التغلب على مشاعر الغضب ، أو لوم الذات أو الشعور بالعار من العميل ، ويمكن للأقارب أيضاً تشجيع بعضهم البعض لتوجيه حياتهم الخاصة ، وأن لا يظلوا غارقين تماماً فى العناية بعضو الأسرة المريض عقليا . ويتعين أن تتوفر أيضاً إمكانية للمساعدة المهنية عند حدوث ازمة . وقد عرض لا نجلسى وزملاؤه Langsley et al. (1969) وهولت Hoult (1986) تأثير خدمات التدخل ، عند الازمات بالنسبة للأسرة فى تجنب إعادة ادخال المريض للمستشفى .

وقد ظهر حديثاً اهتمام كبير حفزته أعمال براون وزملائه Brown et al. (1958, 1966) ووابن وسينجر wynne and Singer (1963) محوره مفهوم « الانفعالات المعبر عنها » (١) فى الأسرة . وقد تحدد مستوى الانفعالات المعبر عنها تجريبياً بعدد مرات صدور تعليقات نقدية وملاحظات إيجابية ومعدلات العدائية والتورط الانفعالى والدفء ، من خلال مقابلات مسجلة على شرائط تسجيل مع أحد أقارب العميل. وتعد من قبيل الانفعالات المرتفعة المعبر عنها ستة تعليقات نقدية أو أكثر تصدر عن أحد أقارب المريض ، ودرجة أو أكثر على التعبيرات العدائية ، وثلاث درجات أو أكثر على التورط الانفعالى . وقد وجد ڤون وليف Vaughn and leff (1976) وتاريير وزملاؤه Tarrier et al. (1988) – من بين آخرين كثيرين – علاقة قوية بين الانتكاس ، وبين الإقامة مع أقارب ذوى انفعالات مرتفعة معبر عنها . كما أشارت دراسة ڤون وليف أيضاً إلى أن العلاج الدوائى لايؤدى إلى خفض احتمالات الانتكاس فى العائلات ذات التعبيرات الانفعالية المنخفضة ، بينما يؤدى الدواء إلى تأثير جوهرى فى خفض حالات الانتكاس بين المرضى ذوى العائلات مرتفعة الانفعالات المعبر عنها ، ومن الواضح أن لهذه البحوث دلالات مهمة فى التدخل فى مجال إعادة التأهيل ، ويظل من الأمور المثيرة للدهشة أن هذه التدخلات القائمة على هذه الدراسات لم تُتبنى على نطاق واسع (Lavender, 1992) ، وهذا صحيح على وجه الخصوص ، فى ضوء افتراض أن نجاح التدخلات مع العائلة يؤدى إلى خفض مستوى التعبير عن الانفعالات (Leff et al., 1982; Falloon et al., 1982) ، وقد قدم لام Lam (1991) مراجعة مفيدة للمكونات الرئيسية فى مثل هذه التدخلات :

(1) Expressed emotions.

وأخيراً يمكن القيام بمحاولات لإشراك أفراد شبكة العمل الاجتماعى فى إعادة تأهيل العميل؛ لتأكيد إتاحة الفرص لكل العملاء للحصول على الدعم المجتمعى . وقد أصبح وجود أمين سر لصيق باولئك المستهدفين للاكتئاب من الأمور المهمة المستقرة (Brown and Harris, 1978) ، ويستفيد أيضًا أولئك الذين يشخصون على انهم فصاميون من مثل هذا الدعم (Goldestein and Caton, 1983) ، ولكنهم قد يفضلون علاقات غير دائمة نسبيًا . وغالبًا ما يُساء على وجه الخصوص فهم احتياجات العميل غير المشارك فى علاقات اجتماعيه ، والذى يميل إلى أن تكون لديه مجموعة صلات أولية صغيرة للغاية ، ولا يوجد لديه من يأتمنه تماماً على أسراره ، والذى لايشارك فى الاتصالات النشطة مع الاخرين المحيطين به، ولكنه لايذكر رغم ذلك انه يعانى من الوحدة . وبينما يعيش مثل هذا النمط من العملاء مستقلاً فى المجتمع، فإنهم غالبًا ما يقيّموا باعتبارهم قادرين على عدم طلب التسهيلات المتاحة ، بينما يحصلون على الدعم من آخرين دون الدخول فى اتصالات مرتفعة المستوى معهم (Bender and Pilling, 1985) . ويستطيع المتطوعون القيام بدور مهم فى إعادة التأهيل ، ويمكنهم تعزيز شبكة الخدمات (Holloway, 1988) . وكانت نتائج البرامج التى تشجع المتطوعين على دعم العملاء ، ومساعدتهم على تطوير المهارات المطلوبة فى المجتمع مشجعه فى مجال إعادة التأهيل على وجه الخصوص (Anthony and Crkhuff, 1977) وفى العمل كمدافعين ومؤيدين للأشخاص المقيمين فى المستشفيات وفى المجتمع (Lavender and Holloway, 1992) . وعلى الرغم من ذلك فهناك ، مثلما هو الأمر فى كل جوانب إعادة التأهيل ، خطر التورط الزائد فى الروتين ، وفى إحلال المتطوعين بدلاً من الخدمات الممولة فى تقديم المساعدة بطريقة غير دائمة على المدى البعيد . وقد جرى التأكيد فى الفصل الثالث والعشرين على أن المصادر المختلفة للدعم تخدم وظائف مختلفة غير تبادلية . ومن الجوهرى أن نضع فى اعتبارنا بالنسبة للعملاء الأفراد أى جوانب الدعم هى الأضعف بشكل خطير ، وكيف يمكن أن نقدمها لهم بأفضل صورة على مدى الفترة الزمنية التى يحتاجها لها.

خلاصــــه

ركز هذا الفصل على المبادئ العامة التى توجه العمل فى مجال إعادة التأهيل . والأهداف النوعية لإعادة التأهيل متباينة للغاية بالنسبة للعملاء المختلفين ، كما أن الأساليب المستخدمة متعددة أيضًا للغاية بحيث لا يمكن تقديمها فى فصل وأحد ، وبالمثل فالكثير من الأساليب العلاجية المستخدمة فى إعادة التأهيل ليست نوعية أيضاً ، وقد وصفت فى فصول أخرى من هذا الكتاب ، والأمر المهم فى إعادة التأهيل هو منحاه العام فى مساعده العملاء ، مهتماً على سبيل المثال بالأهداف الإيجابية للتوافق الجيد ، وبرؤية احتياجات العميل وإمكاناته من منظور اجتماعى تفاعلى . وعادة ما تخفق خدمات إعادة التأهيل ، نتيجة لأن العاملين فيها لايفهمون المبادئ العامة ، التى يتعين أن توجه عملهم . ويتعين أن يكون الأخصائيون النفسيون مهيئين جيداً للإسهام فى إعادة التأهيل ، أو فى فريق خدمة المجتمع ، إذا توفر لديهم إدراك جيد لهذه المبادئ .

References

Andrasik, F., Heimberg, J. S. and McNamara, J. R. (1981) 'Behavior modification of work and work related problems', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification. Vol II*, New York: Academic Press.

Anthony, W. A. (1980) *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*, Baltimore: University Park Press.

Anthony, W. A. and Carkhuff, R. B. (1977) 'The functional professional therapeutic agent', in A. S. Gurman and A. M. Razin (eds) *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*, Oxford: Pergamon.

Azrin, N. H., Flores, T. and Kaplan, S. J. (1975) 'Job-finding club: a group assisted program for obtaining employment', *Behaviour Research and Therapy* 13: 17–27.

Beard, J., Probst, R. and Malamud, T. J. (1982) 'The Fountain House model of psychiatric rehabilitation', *Psychosocial Rehabilitation Journal* 5: 47–53.

Bender, M. D. and Pilling, S. (1985) 'A study of variables associated with under attendance at a psychiatric day hospital', *Psychological Medicine* 15: 395–402.

Bennett, D. H. (1970) 'The value of work in psychiatric rehabilitation', *Social Psychiatry* 5: 224–30.

Bentall, R. P. (ed.) (1990) *Reconstructing Schizophrenia*, London: Routledge.

Braga, J. L. (1972) 'Role therapy, cognitive dissonance theory and the interdisciplinary team', *Interchange* 3: 69–78.

Bridger, H. (1981) 'The contribution of organisational development at the level of the whole organisation', in K. Trebesch (ed.) *Organisation Development in Europe*, Berne: Paul Haupt.

Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*, London: Tavistock.

Brown, G. W., Carstairs, G. and Topping, G. (1958) 'Post-hospital adjustment of chronic mental patients', *Lancet* (ii): 685–9.

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B. and Wing, J. K. (1966) *Schizophrenia and Social Care*, Oxford: Oxford University Press.

Chadwick, P. and Lowe, C. F. (1990) 'The measurement and modification of behavioural beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 225–32.

Cossiart, A., Hall, R. V. and Hopkins, B. C. (1973) 'The effect of experimenters' instructions, feedback and praise on teacher praise and student attending behaviour', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 89–100.

Ellsworth, R. B., Foster, L., Childers, B., Arthur, G. and Kroeker, D. (1968) 'Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families and staff', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Monograph Supplement: 1–41.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, G. W., Razani, J., Moss, H. B. and Gilderman, A. M. (1982) 'Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia', *New England Journal of Medicine* 306: 1432–40.

Freud, S. (1911) 'Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (Dementia Paranoides)', *Standard Edition* (1958) London: Hogarth Press (12: 3–82)

Frosch, J. (1983) *The Psychotic Process*, New York: New York University Press.

Gardner, J. M. (1972) 'Teaching behaviour modification to non-professional', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 5: 517–21.

Gillen, R. W. and Heimberg, R. G. (1980) 'Social skills training for the job interview: review and prospects', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Mill (eds) *Progress in Behaviour Modification. Vol. 10*, New York: Academic Press.

Giorgiades, N. J. and Phillimore, L. (1975) 'The myth of the hero innovator and alternative strategies for institutional change', in C. C. Keirman and F. Woodford (eds) *Behaviour Modification with the Severely Retarded*, Amsterdam: Associated Scientific Publishers.

Goldstein, J. and Caton, C. L. M. (1983) 'The effects of the community environment on chronic psychiatric patients', *Psychological Medicine* 13: 193–8.

Hemsley, D. H. (1978) 'Limitation of operant procedures in the modification of schizophrenia functioning: the possible relevance of studies of cognitive disturbance', *Behaviour analysis and Modification* 2: 165–73.

Hollingsworth. R. and Foreyt, J. P. (1975) 'Community adjustment of release token economy patients', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 6: 271–4.

Holloway, F. (1988) 'Day care and community support', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Hoult, J. (1986) 'Community care of the acute mentally ill', *British Journal of Psychiatry* 149: 137–44.

Hudson, B. L. (1975) 'A behaviour modification project with chronic psychophrenics in the community', *Behaviour Research and Therapy* 13: 339–4.

Jacobs, H. E., Kardashian, S., Keel Keinberg, R., Ponder, R. and Simpson, A. R. (1984) 'A skills oriented model for facilitating employment among psychiatrically disabled persons', *Rehabilitation Counselling* December: 87–96.

Jacobson, N. S. and Klerman, G. L. (1966) 'Interpersonal dynamics hospitalized depressed patients' home visits', *Journal of Marriage and the Family* 28: 94–102.

Jahoda, M. (1979) 'The impact of unemployment in the 1930s and 1970s', *Bulletin of the British Psychological Society* 32: 309–14.

Jones, M. (1968) *Beyond the Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry*, New Haven, Conn.: Yale University Press.

Jones, M., Pomryn, B. A. and Skellern, E. (1956) 'Work therapy', *Lancet* 343–4.

Kazdin, A. E. (1977) *The Token Economy: A Review and Evaluation*, New York: Plenum.

Kuipers, L., McCarthy, B., Hurry, J. and Harper, R. (1989) 'Counselling the Relatives of the Mentally Ill, II. A low cost support model', *British Journal of Psychiatry* 154: 775–82.

Lam, D. H. (1991) 'Psychosocial family interventions in schizophrenia: A review of empirical studies', *Psychological Medicine* 21: 423–41.

Lamb, H. R. (1982) *Treating the Long-term Mentally Ill*, New York: Jossey Bass.

Langsley, D. G., Flomenhaft, K. and Machotka, P. (1969) 'Follow-up evaluation of family crisis therapy', *American Journal of Orthopsychiatry* 39: 753–6.

Lavender, A. (1985) 'Quality of care and staff practices in long term settings', in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology*, Chichester: BPS/Wiley.

Lavender, A. (1987) 'Improving the quality of care on psychiatric hospital rehabilitation wards', *British Journal of Psychiatry* 150: 476–81.

Lavender, A. (1992) 'Schizophrenia', in M. Power and L. Champion (eds) *Adult Psychological Problems: An introduction*, London: Falmer Press.

Lavender, A. and Holloway, F. (1988) 'Introduction', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Lavender, A. and Holloway, F. (1992) 'Models of Continuing Care', in M. Birchwood and N. Tarrier (eds) *Innovations in the Management of Schizophrenia*, Chichester: Wiley.

Lazarus, R. S. (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*, New York: McGraw Hill.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberllen-Fries, R. and Sturgeon, D. (1982) 'A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients', *British Journal of Psychiatry* 148: 727–31.

Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T. and Massel, H. K. (1986) 'Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence', *Schizophrenia Bulletin* 12: 631–47.

Liberman, R. P., Jacobs, H. E., Boone, S. E., Foy, D. W., Donahoe, C. P., Falloon, I. R. H., Blackwell, G. and Wallace, C. J. (1987) 'Skills training for the community adaptation of schizophrenia', in J. S. Strauss, W. Baker and H. D. Brenner (eds) *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Toronto: Hans Huber.

Lindsey, C. R., Pound, A. and Radford, M. (1978) 'A co-operative playgroup in a psychiatric day hospital', *Group Analysis* 11: 289–96.

Lutzer, J. R., Martin, J. A. and Rice, J. M. (1981) 'Behavior therapy in rehabilitation', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miler (eds) *Process Behavior Modification, Vol. 12*, New York: Academic Press.
Marks, J., Somoda, B. and Schalock, R. (1968) 'Reinforcement vs. relationship therapy for schizophrenics', *Journal of Abnormal Psychology* 73: 397–406.
Maxmen, J. S., Tucker, G. J. and Lebow, M. D. (1974) *Rational Hospital Psychiatry: The Reactive Environment*, New York: Brunner/Mazel.
Menzies, I. E. (1959) 'Case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety', *Human Relations* 13: 95–121.
Milne, D. L. (1985) 'An observational evaluation of the effects of course training in behaviour therapy on unstructured ward activities and interaction', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 149–58.
Milroy, A. (1985) 'Some reflections on the experience of the North Derbyshire Mental Health Service Project. Tontine Road, Derbyshire', in T. McAusland (ed.) *Planning and Monitoring Community Mental Health Centres*, London: Kings Fund Centre.
Mitchell, S. F. and Birley, J. L. T. (1983) 'The use of ward support by psychiatric patients in the community', *British Journal of Psychiatry* 142: 9–15.
O'Brien, F. and Azrin, N. H. (1973) 'Interaction-priming: a method of reinstating patient family relationships', *Behaviour Research and Therapy* 11: 133–6.
O'Sullivan, K. (1991) 'Dimensions of coping with auditory hallucinations', unpublished thesis submitted in partial fulfilment of the BPS Diploma in Clinical Psychology, Leicester.
Parry, G. (1991) 'Domestic roles', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd end*, Chichester: Wiley.
Paul, G. L. and Lentz, R. J. (1978) *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients: Milieu versus Social-Learning Programmes*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
Pilling, S. (1988) 'Work and the continuing care client', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.
Pilling, S. (1991) *Rehabilitation and Community Care*, London: Routledge.
Priestley, D. (1979) 'Helping a self-help group in schizophrenia and the family', in J. K. Wing and R. Olsen (eds) *Community Care of the Mentally Disabled*, Oxford: Oxford University Press.
Shepherd, G. W. (1980) 'The treatment of social difficulties in special environments', in P. Feldman and J. Oxford (eds) *Psychological Problems: the Social Context*, Chichester: Wiley.
Shepherd, G. W. (1983) *Institutional Care and Rehabilitation*, London: Longman.
Shepherd, G. W. (1986) 'Social skills training in schizophrenia', in C. R. Hollin and P. Trower (eds) *Handbook of Social Skills Training: Vol. 2*, Oxford: Pergamon Press.
Shepherd, G. W. (1991) 'Foreword: Psychiatric rehabilitation for the 1990s', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.
Slade, P. D. (1990) 'The behavioural and cognitive treatment of psychotic symptoms', in R. P. Bentall (ed.) *Reconstructing Schizophrenia*, London: Routledge.
Stoffelmayr, B. E., Lindsay, W. and Taylor, V. (1979) 'Maintenance of staff behaviour', *Behaviour Research and Therapy* 17: 271–3.
Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porcedon, K., Watts, S. and Freeman, H. L. (1988) 'The community management of schizophrenia. A controlled trial of family intervention to reduce relapse', *British Journal of Psychiatry* 153: 532–44.
Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness; a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.
Walker, L. G. (1979) 'The effect of some incentives on the work performance of psychiatric patients at a rehabilitation workshop', *British Journal of Psychiatry* 134: 427–35.

Wansborough, N. and Cooper, P. (1980) *Open Employment After Mental Illness*, London: Tavistock.

Watts, F. N. (1976) 'Social Treatments', in H. J. Eysenck and G. D Wilson (eds) *A Textbook of Human Psychology*, Lancaster: MTP.

Watts, F. N. (1983a) 'Socialisation and social integration', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. (1983b) 'Employment', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. and Bennett, D. H. (1983) 'Management of the staff team', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Wynne, L. C. and Singer, M. T. (1963) 'Thought disorder and family relations', *Archives of General Psychiatry* 9: 199–206.

الفصل الخامس والعشرون

مقـدمة فى عـلم نفس الصحة

An Introduction to health Psychology

Robert J. Edelman روبـرت إيدلمان

الفصل الخامس والعشرون

مقدمة فى علم نفس الصحة

Robert J . Edelman روبرت إيدلمان

تعريف علم النفس الصحى :

على الرغم من الاعتراف بالتفاعل بين العقل والجسم منذ وقت طويل ، إلا أن الاعتراف تزايد خلال العقدين الأخيرين بأهمية العمليات النفسية فى خبرة الصحة والمرض . وقد كان المحفز لذلك عدداً من العوامل ، فبعد التحكم فى الأمراض الحادة الناتجة عن العدوى ، ظلت النسبة الباقية من الأمراض بما فى ذلك الأمراض المزمنة ثابتة التزايد ، وتشمل الاسباب المؤديه للموت فى الوقت الحاضر أمراض القلب والسرطان والسكتة الدماغية [1] التى تتأثر جميعها بعوامل نمط الحياة مثل التغذية والتدخين وممارسة الرياضة . يضاف إلى ذلك أن الأمراض المزمنة ، مثل : الربو [2] والسكر [3] والتهاب المفاصل[4] ، والتى يكون الشفاء منها أقل تعلقاً بعوامل نمط الحياة ، يعيش الناس اعواماً فى محاولة التغلب على الأعراض الجسمية والارجاع الانفعالية المرتبطة بها . وتعد أساليب رعاية الذات والتحكم فى الذات من الجوانب المهمة فى مجال الرعاية الصحية فى مثل هذه الحالات . يساند هذه القضايا أن العقدين الأخيرين شهدا تطور أساليب سلوكية فعالة ومجالات بحوث مساندة موجهة نحو تعديل نمط الحياة ، وخفض الكدر المرتبط بخبرة العلاج ، وتيسير التغلب على المرض والتوافق معه .

وقد أعلن اهتمام علماء النفس بهذه القضايا ظهور مصطلح علم النفس الصحى [5] فى منتصف السبعينيات ؛ ليصف تطبيقات النظريات والممارسات النفسية على مشكلات الصحة الجسمية (Stone , 1991 . (انظر على سبيل المثال العدد الخاص من مجلة علم النفس الأكلينكى والإرشادى ، ١٩٩٢ ، ٦٠ (٤) والذى يقدم مراجعة للتطورات على مدى العقد الماضى) . وأكثر التعريفات التى يحال إليها على نطاق واسع فى هذا المجال هى التى اقترحها جوزيف ماتورازو Joseph Matorazzo، وتبناها مع تعديلات محدودة قسم علم النفس الصحى فى جمعية علم النفس الأمريكية عام ١٩٨٠ ، وينص على الآتى: علم النفس الصحى هو مجموع الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس فى تحسين الصحة والمحافظة عليها ، ومنع الأمراض وعلاجها وتحديد المتعلقات التشخيصية والخاصة بأسباب المرض ،

(1) Stroke .
(2) Asthma .
(3) Diabetes .
(4) Arthritis .
(5) Health Psychology .

والاضطرابات المتعلقة به ، وتحليل وتحسين نظم الرعاية الصحيه وصياغة السياسة الصحية (Matoraz-zo , 1980 : 815) .

ويعكس هذا التعريف متصلاً عريضاً للاهتمامات ، يتراوح بين العوامل المحددة لصحة الشخص ، إلى تلك العوامل المؤثرة فى قدرة الشخص على التغلب على المرض . وتتضمن القضايا المتعلقة بالتعريف السابق تحسين الصحه ومنع المرض ، وخبرة التعرض للمرض ، وتلقى العلاج الطبى . وقد تم تناول هذه القضايا فى الجزء الأول من الفصل ، وتشكل أساليب التغلب على المرض الجزء الثانى منه . وتدور الإسهامات النفسية فى تحسين الصحة ، ومنع المرض فى ثلاثة مجالات عريضة : تحديد عوامل الخطر السلوكية المتعلقة بالأمراض المزمنة المهددة للحياة ، وفحص العوامل التى تحدد السلوك المتعلق بالصحة ، والمدى الذى يمكن تشجيع الناس إليه لتعديل أنماط حياتهم ، من خلال تبنى السلوكيات الصحية . وبالمثل ترتكز الإسهامات النفسية فى فهم خبرة أن يكون المرء مريضاً ويتلقى علاجاً على ثلاثة مجالات عريضة، هى : التواصل بين الطبيب والمريض ، والإذعان للنصيحة الطبية ، والاستجابة للإقامة فى المستشفى وإجراء جراحة .

وعلى الرغم من وجود حالات فى سياق الصحة العضوية ، يكون من الملائم للأخصائى النفسى الأكلينيكى أن يعمل فيها مع العملاء الافراد مباشرة ، إلا أن هناك أوقاتاً أخرى ، يتعين خلالها سؤال الأخصائى النفسى الأكلينيكى النصح فيما يخص الممارسات ، التى تؤدى إلى تحسن رعاية المريض أو تحسن صحته . ويتعين أن يتضمن ذلك التدخلات على مستوى أجنحة المستشفى ، أو استراتيجيات أكثر عمومية ، تهدف إلى توصيل المعلومات للمرضى ، أو للجمهور العام من خلال حملات التوعية الصحية والهدف من المادة المقدمة فى هذا الفصل هو توفير مقدمة لعلم النفس الصحى للأخصائيين الأكلينيكيين سواء اولئك الضالعين فى بحوث الرعاية الصحية ، أو أولئك الذين يعملون فى مجال الممارسة الطبية العامة أو الذين يتلقون إحالات من الأطباء فى المستشفيات .

علم النفس في الصحه والمرض

محددات السلوك المتعلق بالصحة

نمط الحياة والصحة

يعترف بعض المؤلفين أن نمط الحياة يلعب دوراً جوهرياً فى المرض – وعلى العكس من ذلك يعتبر نمط الحياة عاملاً اساسياً فى تحسين الصحة ومنع المرض وعلاجه (مثال ذلك: Jeffery, 1989). وتتضمن عوامل الخطر المعروفة التدخين واستخدام العقاقير المحظورة ، والإسراف فى استهلاك الكحول ، وعادات التغذية ونقص الممارسة الكافية للرياضة . يضاف إلى ذلك أن عدة آلاف من الناس يصابون كل عام فى حوادث السيارات ، أو فى حوادث داخل البيت ، أو العمل وهى حوادث يمكن منعها .

ويبدو من الصعب تقييم المدى الذى يتضمنه كل نمط من أنماط الحياة من تهديد للصحة ؛ حيث دائما ماتظهر عناصر نمط الحياة معاً باعتبارها مجموعة متجانسة . وبالتالى فشخص مايدخن ويشرب يكون هناك إحتمال أكبر أن ينخرط فى عادات غير جيدة لتناول الطعام ، وممارسة غير ملائمه للرياضة . وعلى الرغم من ذلك ، يبدو ان بعض عوامل الخطر تتضمن إمكانية أكبر لإتلاف الصحة من غيرها . مثال

ذلك أنه من الواضح أن الممارسة غير الآمنة للجنس عامل أساسى فى الإيدز (١) ، بالاضافة إلى ذلك يقدر أن ربع الوفيات الناتجة عن السرطان هى مما يمكن تجنبه ببساطة ، من خلال تعديل عادات التدخين . وبالمثل يمكن خفض أمراض الشرايين التاجية بنسبة الخمس ، إذا خفض الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٥ ، ٥٥ عاما من وزنهم بنسبة ١٠٪ (Kannel and Eaker , 1986) . والأمر بالنسبة لممارسة الرياضة أقل وضوحًا على الرغم من أن الدلائل توحى أن النشاط البدنى المنتظم يمكن أن يخفض من حدوث الأمراض المزمنة ، وربما يؤدى إلى اطالة العمر عدة سنوات أخرى قليلة . (Bouchard et al ., 1990) ويؤكد البعض بقدر أكبر من القوة على أن الدليل على أن نمط الحياة الرتيبة يخفض من توقعات الحياة لدى كل من الرجال والنساء ، ويسهم بشكل مستقل فى تطوير عديد من الأمراض المزمنة المنتشرة دليل حقيقى وأن الشواهد عليه متزايدة (Dubbert , 1992 : 616) والدلائل على عوامل الخطر الأخرى مثل الكولسترول (٢) غير قاطعة بالأخرى .

وعلى الرغم من أن سوء التغذية نادر للغاية الآن فى العالم الغربى ، إلا أن التوازن الغذائى من الأمراض الحادة والمزمنة ، والغذاء المتضمن لنسبة عالية من الدهنيات ، يرتبط بسرطان الثدى والقولون والمستقيم والبروستاتا ، بالاضافة إلى تأثيراته فى أمراض القلب والسكتة المخية . وعلى النقيض من ذلك، فإن الغذاء الذى يتضمن نسبة عالية من الألياف يمكن أن يقى من سرطان القولون والمستقيم . ومن الأمور التى أصبحت مستقرة الآن أن السمنة (٣) ترتبط بقوة بضغط الدم المرتفع ، وزيادة البلازما والكلوسترول وأمراض الشرايين التاجية (Tohnston and Steptoe , 1989) . وترتبط السمنة ايضاً بحالات أخرى مهددة للصحة بما فى ذلك أمراض السكر والمرارة (٤).

ويمكن أن يكون للإفراط فى تعاطى الكحوليات تأثيرات مباشرة ، من خلال تليف الكبد (٥) على سبيل المثال أو تأثيرات غير مباشرة مثل زيادة إحتمالات التعرض لحوادث السيارات . ويرتبط الإفراط فى تعاطى الكحول ايضا بالتوتر المرتفع (٦) . ويعد التدخين من عوامل الخطر الرئيسية فى تطوير إنتفاخ الرئة (٧) والتهاب الشعب المزمن (٨) . وتبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ضعف تقريباً غير المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ، كما أن المدخنين أميل بقدر أكبر للتعرض لسرطان الرئة وسرطان الفم وسرطان المثانة . وعندما يجتمع التدخين مع الكحول ، يؤدى التدخين إلى زيادة إحتمالات سرطان الحنجرة والمرئ والتجويف الفمى . وباجتماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب مثل ارتفاع الكلوسترول يؤدى التدخين إلى زيادة مخاطر أمراض الشرايين التاجية . وقد تم الربط بين التدخين أثناء الحمل ، وبين زيادة مخاطر نمو جنين متخلف أو الإجهاض التلقائى . والتدخين غير الإرادى أو السلبى يزيد هو الآخر من مخاطر الأمراض والموت (Garland et al ., 1985) .

وأولئك الذين يعيشون حياة رتيبة يكونون اكثر ميلاً للتعرض لأمراض شرايين القلب والموت نتيجة لها من أولئك الذين يمارسون الرياضة بشكل منتظم . على الرغم من أن الآخرين يكونون اكثر ميلاً

(1) AIDS .
(2) Cholesterol .
(3) Obesity .
(4) Gall blader diseases .
(5) Cirrhosis of Liver .
(6) Hypertension .
(7) Emphysema .
(8) Bronchitis .

لأخطار أمراض القلب الشريانية إذا كانوا أكثر وزنًا أو تدخينًا (Dishman et al ., 1985) وتوحى الدراسات أن الممارسة المنتظمة للرياضة تقلل عدد مخاطر الأمراض المهددة للحياة ، بما فى ذلك أمراض الشرايين التاجية والسرطان (Blaire et al ., 1989) ، وكذلك فى المساعدة على التحكم فى مرض السكر والسمنه والاكتئاب (Koplan et al ., 1989). وتمثل الحوادث بما فى ذلك حوادث المرور ، والحوادث داخل البيت أو العمل أحد الأسباب الرئيسية لاحتمالات الموت بين الأطفال والمراهقين والشباب على وجه الخصوص . ومع ذلك ، فهناك القليل حتى الآن من البحوث ، التى كرست لفهم هذه المخاطر والإقلال منها . والاهتمامات بالسلوك الآمن للأطفال يحتمل أن يصبح مجالاً فى بحوث علم النفس الصحى فى المستقبل (مثال ذلك : Ampofo - Boateng and Thomson , 1989) والأسلوب الأفضل فى كل حالة من الحالات ، التى سبق ذكرها للتعامل مع المشكلة هو إيقاف السلوك ، أو تعديله بدلاً من علاج الأمراض العضوية أو الإصابات ، وبالتالى لاتحدث هذه الأمراض او الاصابات . وسواء قام شخص ما بممارسة السلوك الصحى أم لا ، فإنه يتأثر بالعوامل الاجتماعية والانفعالية والمعرفية . وفى ضوء ذلك هناك نظريتان مهمتان حول تغيير نمط الحياة هما: نظري فشبين Fishbein فى السلوك المبرر[1] (Ajzen and Madden , 1986 ; Fishbein and Ajzen , 1975) ، ونموذج المعتقدات الصحية [2] (Becker, 1974) .

نظريات تغيير نمط الحياة

نظرية فشبين فى السلوك المبرر

ترى النظرية أن قدرًا كبيرًا من سلوكنا يخضع للتحكم الإرادى ومحكوم بالمقاصد (Fishbein and Ajzen , 1975) ، وتتأثر المقاصد بكل من اتجاهاتنا نحو هذا السلوك والمعايير الذاتية حول مدى ملائمته . وتتشكل المعايير الذاتية مما يعتقد أن الناس يعتبرونه السلوك الملائم (المعتقدات المعيارية) ، ودافعيتنا للإذعان لهذه المعايير ، مثال ذلك إذا قصدت التوقف عن التدخين لكى أصبح أكثر صحة . وأعتقد أن تغييرًا سلوكيًا سيؤدى إلى النتيجة المرغوبة ، وأن الأشخاص المهمين بالنسبة لى سيؤيدون سلوكى فسيكون لدى قصد قوى لهذا السلوك . وعلى الرغم من أن نموذج فشبين استخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك ، إلا أن استخدامه محدود فى بمجال السلوك المتعلق بالصحة . وهناك بعض البحوث التى أوضحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبوء بقصد ممارسة الرياضة أو ممارسة سلوك معين . (Wurtele and Maddux , 1987) وفى التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة الطبيعية (Man- stead et al .,1983) .

وقد عرض أجزين ومادين Ajzen and Madden فى فترة أحدث صورة معدلة من النظرية، يشار إليها باعتبارها نظرية « السلوك المخطط » [3] (Ajzen and Madden , 1986) ، وهما يقترحان فيها ضرورة تعرف مدركات الأفراد نحو التحكم فى السلوك المستهدف ، بالإضافة إلى الاتجاهات والمعايير الذاتية ، وهو مكون شبيه بمفهوم باندورا Bandura الكفاءة الشخصية [4] (Ban- dura , 1977) . وتوفر نتائج دراسة حديثة حول سلوك ممارسة الفحص الذاتى للخصية [5] بحثًا عن

(1) Reasoned action .
(2) Health belief model .
(3) Planned Behaviour .
(4) Self - efficacy .
(5) Testicular self - examination (TSE) .

علامات سرطان الخصية ، دعمًا لتعديلات النظرية (Brubaker and Wickers - ham , 1990) وقد ارتبط إجراء الفحص الذاتى للخصية جوهريًا بالاتجاهات نحو القيام بهذا الفحص والمعايير الذاتية (وبإحتمال أن الأشخاص الأخرين المهمين لدى الشخص يرغبون فى قيامه بهذا الفحص) ، فى الوقت الذى تؤدى فيه الاعتبارات الخاصة بالكفاءة الشخصية المدركه (الثقه فى القدره على القيام بفحص الخصية) ومعرفة طريقة الفحص إلى تحسن التنبؤ بالقصد .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن إحدى مشكلات النظرية هى أنها لاتضع فى الاعتبار القرارات غير المنطقية التى يتخذها الناس حول صحتهم ، مثل الفشل فى السعى إلى العلاج الطبى عند ظهور أعراض المرض . بالاضافة إلى مشكله أخرى هى ان المقاصد والسلوك ليسا مرتبطين بالضروره ، بمعنى أن السلوك قد لايتبع دائما القصد أو النية ومن المؤكد أن العلاقة بينهما يمكن أن يتوسطها مجال من العوامل التى تتضمن الخبرات الأولية والتاريخ السابق لممارسه السلوك الصحي.

نموذج المعتقدات الصحية :

طُور نموذج المعتقدات الصحية ليفسر وينبئ على وجه الخصوص بالسلوك المتعلق بالصحة (Becker , 1974) وقد طور بداية للتنبؤ بسلوك الوقايه الصحية ، كما يستخدم النموذج ايضًا للتنبؤ بسلوك كل من المرضى الحادين والمزمنين . ووفقًا للنموذج ، فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائى يعتمد على عاملين : تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية ، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات إزائه . والتهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية ، وحساسية إدراكه لها ، ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها ، وقد تأخذ هذه الأخيرة صورًا مثل حملات وسائل الإعلام ، أو خطاب تذكير من الطبيب أو طبيب الأسنان ، والأمراض التى تحدث فى العائلة ، أو إدراك الشخص للأعراض التى تنم عنه. ويتأثر إدراك تهديد المرض بالعوامل الديموجرافية ، مثل : العمر أو الجنس ، وعوامل الشخصية ، والمعلومات حول المشكلات الصحية أو التعرض لها .

وأخذًا فى الاعتبار العوامل الايجابية والسلبية فيما يختص بالقيام بإجراءات وقائية ، يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجح العوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء ، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية ، ولكنها قد تتضمن أيضًا إنشغالات أخرى أقل وضوحًا ، مثل الوقت المنفق . وبالتالى فإن الأشخاص الأكثر ميلاً لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك ، الذين يشعرون أنهم مهددون بعرض ما ، ويشعرون أن مزايا المراجعة الطبيه أرجح من التكلفة .

وقد أدى هذا النموذج إلى قدر كبير من البحوث ، التى دعم الكثير منها التنبؤات المستخلصة منه . وبالنظر إلى سلوك تحسين الصحة إتجهت البحوث نحو قضايا ، مثل : المشاركة فى برامج فحص سرطان عنق الرحم ، والحد من عوامل الخطر مثل الإقلاع عن التدخين ، وتغيير عادات التغذية .

ومن خلال مراجعة لـ ٢٤ دراسه فى هذا المجال ، إستخلص جانز وبيكر (Janz and Becker 1984) أن نية اتخاذ إجراء وقائى أرجح لدى أولئك الذين يعتقدون أنهم أكثر حساسية للظروف الصحية موضوع التساؤل ، وان المرض المتوقع ستكون له تأثيرات خطيرة ، وأن مزايا القيام بإجراءات وقائية تفوق التكاليف . وهناك تقارير حول نتائج مشابهة فى ضوء المدى ، الذى يذعن به الناس للنصيحة العلاجية (Becker and Rosenstock , 1984) . يضاف إلى ذلك ما أوضحته البحوث من أن مؤشرات القيام بإجراء مثل تذكر إجراء فحص ذاتى للثدى (Craun and Deppenbacher , 1987) تؤثر فى قرارات الشخص للقيام بإجراء وقائى .

وعلى الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج والبحوث التى حفزها ، إلا أنه لا يسلم من النقد ، مثال ذلك أنه لايضع فى الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل غسيل الأسنان ، الذى يقوم به الناس بشكل معتاد، وثانيًا لاتوجد طريقة معيارية لقياس مكونات فى النموذج ، مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة . ولاشك أن هذا الأمر هو المسئول عن النتائج المتباينة فى مجال الدراسات ، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات (مثال ذلك Weisenberg et al ., 1980) ثالثا ، وكما هو الحال بالنسبة لنظرية السلوك المبرر ، لايضع النموذج فى الحسبان حقيقة أن تكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن . بالإضافة إلى أن النظريتين يفترضان عقلانية إتخاذ القرار ، أى أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة فى سلوك معين ، وتعديل سلوكهم وفقًا لذلك بعناية . ولهذا ، وكما توحى عديد من الدراسات ، فإن اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية . وتشير الكثير من نتائج البحوث إلى ان الناس متفائلون فيما يخص صحتهم بشكل غير واقعى (Weinstein , 1982 , 1987) ولديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية ، ونحن نعطى تقييماً أقل لأستهدافنا للمرض ، أو نجد أنه من الصعب تصور مايمكن ان يكون عليه مرض خطير . والواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجه لعوامل أقل تحديداً . (Weinstein , 1988) .

تحسين الصحة والوقاية من المرض

الهدف من تحسين الصحة هو مساعدة الناس على زياده تحكمهم فى صحتهم وتحسينها . ويقصد بذلك ممارسة السلوك الصحى الجيد ، مثل تناول الأغذيه المتوازنة ، وممارسة أساليب الوقاية الصحية ، مثل الفحص الذاتى للثدى ، وتجنب السلوك الصحى المشكوك فيه مثل الأفراط فى التدخين أوفى تعاطى الكحول . وبالتالى فإن هدف الأخصائيين النفسين ، والشركاء الآخرين المهتمين بهذه الأمور ، هو التدخل مع الأصحاء أكثر من التدخل مع المرضى ؛ بهدف تعظيم وتعزيز صحتهم ، وتعد برامج التعليم الصحى مهمه على وجه الخصوص فى هذا الإطار ، ولهذه البرامج ثلاثه أهداف محورية :

١ – توفير المعلومات الصحية .

٢ – تعديل الاتجاهات المتعلقة بالصحة لتؤدى إلى السلامة الصحية .

٣ – تعديل السلوك المتعلق بالصحة بطرق تؤدى بشكل أفضل لتحسين الصحة .

ومن الواضح أن توفير المعلومات خطوة أساسية فى تغيير الاتجاهات أو السلوك (Kirscht , 1983) ، والتى غالبًا ماتكون حملات الصحة العامة غير مجدية بالنسبة لها . ومن المهم بالنسبة لعمليتى توجيه المعلومات حول المخاطر وترجمتها إلى استراتيجيات ، تدخل فهم المفاهيم الجوهرية الخاصة بسلوك المخاطر . والمخاطر إما مطلقة أو نسبية أو تتعلق بالمجتمع العام . والمخاطر المطلقة عبارة عن الإحتمالات الخاصه بأن شخصاً ما سيتعرض للإصابة بمرض على امتداد فترة زمنية معينة . وتصل إحتمالات الخطر المطلق فى الولايات المتحده إلى ١١ حاله وفاه بين كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان الذين يبلغون الأربعين من أعمارهم نتيجة لسرطان الرئة (Mattson et al ., 1987) ، والمخاطر النسبية هى معدل حدوث المرض لدى الأشخاص المعرضين لعوامل الخطر ، مقارنة بغير المعرضين لهذه العوامل . وبالتالى فإن إحتمال حدوث سرطان الرئة لرجل فى الأربعين كثيف التدخين ، مقارنة بآخر غير مدخن تبلغ ١٠ إلى ١ (Mattson et al ., 1987) وأخيراً يقصد بالمخاطر المتعلقة بالمجتمع العام عدد الحالات ، التى كان يجب ألا تحدث لو لم يكن لعوامل الخطر وجود ، وبالتالى تعزى ١٠١,٠٠٠ حاله وفاة فى الولايات المتحدة

إلى التدخين سنوياً (Jeffery , 1989) . وعند التفكير فى حملات الصحة العامة ، توفر احتمالات المخاطر على مستوى المجتمع مؤشرات مهمه للعمل ، على الرغم من أن السلوكيات المؤدية لهذه المخاطر قد تكون بمثابه مخاطر شخصية مطلقة منخفضة أو متوسطة . وبالتالى فبالنسبة لعدد من السكان كثيفى التدخين يبلغ مليون نسمة ، ممن تكون أعمارهم ٣٥ عاماً ، فإن ١٠,٠٠٠ منهم يموتون بلا داعٍ ؛ نتيجة لهذه العادة قبل بلوغهم الخامسة والأربعين (Jeffery , 1989) . وتبلغ معدلات المخاطر المطلقه لسرطان الرئة ، بالنسبة لرجل فى الخامسة والثلاثين كثيف التدخين ٣ فى المئة فقط (Mattson et al ., 1987) . وفى ضوء ميل الأفراد إلى التركيز على المخاطر الشخصية ، التى يتعرضون لها بدلاً من المخاطر على مستوى المجتمع ، يصبح من غير المثير للدهشة أن تنتهى الحملات الدعائية الصحية دائماً بنتائج محدودة.

ويتحقق القدر الأكبر من النجاح ، عندما توجه المعلومات عن المخاطر للمجتمع الاكثر تعرضا للخطر ، أى إلى أولئك الذين يعدوا مستهدفين على وجه الخصوص للمرض . وتنظم برامج الوقاية من أمراض القلب على نطاق واسع لتشجيع التغذيه الصحيه وممارسة الرياضة ، وتغيير عادات أولئك المعرضين لخطر واضح لأمراض القلب (مثال ذلك : Shekelle et al., 1985) وتعد حملات الجنس الآمن ، وتجنب التعرض للشمس من الأمثلة الحديثة لذلك .

الجنس الآمن :

على الرغم من انتشار الأمراض التى تنتقل عن طريق الجنس ، إلا أن الكثير منها يمكن علاجه أو التحكم فيه بواسطه العقاقير . ويعد الإيدز إستثناءً رئيسياً من ذلك ، فالتقديرات المتعلقة بإحتمالات انتشار فيروس الإيدز (Hiv) مفزعة (Osborn , 1988) والطريقة الوحيدة لخفض خطر العدوى هى تغيير سلوك الناس . وتركز المحاولات الأولية فى هذا الشأن كثيراً على استخدام التحذيرات وإستثارة الخوف ، على الرغم من وجود عدد لايستهان به من البحوث توحى أن هناك إحتمالاً لتعديل السلوك ، إذا لم تقدم المعلومات بطريقة صريحة تستثير الخوف . وسيكون من المهم بالأحرى أن تقدم للناس خطوات عيانية وواقعية يستطيعون اتخاذها من جانبهم (Solomon and Delong , 1986) .

والواقع أن الحملات الأحدث تركز على توفير المعلومات والنصح . وتتضمن المعلومات دحض الكثير من المفاهيم الخاطئة حول إنتقال فيروس الإيدز . مثال ذلك أن احتضان شخص مايمكن أن ينقل الڤيروس ، أو أن الشواذ او متعاطيّ المخدرات فقط هم من يصابون بالإيدز (Batchelor , 1988) .

ويتعين للنصيحة ، والتى دائما ماتتم من خلال الحملات الاعلاميه أو نشرات التوعية الصحيه أن تؤكد على تشجيع الآتى :

١ - على أن ممارسة الجنس الآمن يكون من خلال اختيار الشريك الجنسى بعناية ، وتجنب الممارسات التى يمكن أن تؤدى إلى جروح فى الأنسجة واستخدام العازل [1] فى كل أشكال الاتصال الجنسى ، فيما عدا العلاقات الزوجية طويلة المدى .

٢ - تجنب المشاركة فى الحقن وإبر الحقن .

ويشير آخرون إلى ان تحقيق فعالية الوقاية يتطلب أن يكون العمل فى القضايا الخاصة بمجتمع

(1) Condom .

ماقائم على تفصيل أساليب التدخل وفق احتياجاته ، مثال ذلك ان تراعى الاعتبارات والديناميات الحضاريه العرقيه (مثال ذلك :May and Cochran , 1988) أو احتياجات المراهقين (مثال ذلك Flora and Thoresen , 1988) بالإضافة إلى احتياجات مجتمعات الشواذ (مثال ذلك : Joseph et al., 1987 .) وبالتالى فلكى يكون النصح فيما يتعلق بالإيدز فعالاً يتعين أن يتعلق نسبيًا بالمجتمع ، الذى توجه إليه الرسالة . وأن يقدم بواسطة أفراد يمكن للمجموعة المهتمه تحديدها ، وأن تقدم على المستوى المجتمعى (.May and Cochran, op. Cit) وكما يذكر بيكر وجوزيف Becker and Joseph (1988) فإن التدخلات ، التى تتجه صوب مجموعات معينة مستخدمة مبادئ السلوك المجربة ، والحقيقة هى التى يجب تطبيقها .

وهناك دلائل متزايدة على أن الناس أصبحوا أكثر معرفة بالإيدز ، وأن الحملات أصبح لها بعض التأثير على الممارسات الجنسية ، وبالأخص فى مجتمعات الشواذ (مثال ذلك :Joseph et al , 1987). ومن المثير للشغف أن جوزيف وزملاءه وجدوا أن اللجوء إلى الممارسات الجنسية الأكثر أمانًا لم يرتبط بالمعلومات حول الإيدز او بإدراك المخاطر ، أو إدراك كفاءة السلوك الجنسى الأكثر أمنًا ، ولكنه يرتبط باعتقاد الناس أن أقرانهم غيروا عاداتهم . ولهذه النتائج صلة بنظرية فشبن Fishbin عن السلوك المبرر ، على الرغم من أن هذه النظرية لم تكن أساساً لهذه الدراسه . وتوجد دلائل ، فى مجتمعات الشواذ على الأقل على أن التوعيه بالإيدز وحملات الوقاية أدت إلى أعمق التعديلات للسلوك الصحى الشخصى بقدر ، لم يسبق تسجيل مثله من قبل (Stall et al ., 1988) .

عدم التعرض للشمس

أصبح من المؤكد الآن أن التعرض الكثيف لأشعة الشمس يلعب دوراً سببياً جوهريًا فى الإصابة بسرطان الجلد ، والمؤشرات على هذه السرطانات فى تزايد عامًا بعد عام ، ويمكن تجنب الكثير من الحالات باستخدام مانعات الشمس وإرتداء ملابس واقية ، أو ببساطة عدم التعرض للشمس . ولسوء الحظ دائمًا مايعد الأغنياء والمشاهير مستمتعين ومرفهين إذا كانت بشرتهم سمراء . ويعد هؤلاء الأفراد بمثابة نماذج تقتدى (Keesling and Friedman , 1987) . وبالتالى يتم تدعيم السلوك الخطر . وعلى الرغم من حقيقة ان الكثير من حالات سرطان الجلد يمكن الوقاية منها ، من خلال تغيير الاتجاهات والعادات إلا أن الاخصائيين النفسيين الصحيين (1) منحوا القليل من الانتباه لهذه المشكله . ومع الزياده المستمره فى مؤشرات مثل هذه السرطانات ، والتى يزيد منها تهديد استنزاف الأوزون الجوى والأشعة فوق البنفسجية المؤذية ، فإن حملات التوعية بعدم التعرض للشمس يحتمل أن تتزايد فى المستقبل .

المرض والعلاج الطبى

على الرغم من الوضوح النسبى لضرورة استشارة الطبيب عند ظهور أعراض لمرض ما ، يبدو من الواضح تمامًا أن الكثير من الناس لديهم أعراض تتضمن إحتمال وجود مرض خطير ، ويفشلون فى الاستجابة لها . بينما يسعى أخرون للحصول على الرعاية الطبية لمجرد ظهور أعراض بسيطة -Edel) mann , 1992) وتتباين إستجابات الأعراض العضوية كدالة لعدد من العوامل ، مثال ذلك أن النساء يستخدمن الخدمات الطبية أكثر من الرجال ، حتى مع إستبعاد الخدمات الطبية المطلوبة ، خلال فترة الحمل والولادة . ويذكر فيربروج (Verbrugge (1985 عدداً من التفسيرات المكنة لذلك ، من بينها أن

(1) Health Psychologists .

النساء يتعرضن للمرض أكثر من الرجال (مثال ذلك الحالات المزمنة ، والأمراض المزمنة غير القاتلة مثل التهاب المفاصل والصداع النصفى ، وليس الأمراض المزمنة القاتلة) .

وعلى الرغم من ذلك ، ونتيجة لتنميط الدور الجنسى ، قد يكون الرجال أكثر نفوراً ومقاومة للإقرار بمعاناتهم من أعراض مرضية .

ويميل تفسير الأعراض والسعى للحصول على الرعاية الصحية إلى التأثر بتفسيرات الأشخاص لأعراضهم ، ومعتقداتهم حول تأثير الرعاية الطبية . مثال ذلك قد تتزايد إحتمالات السعى للمشورة الطبية، عندما تكون الأعراض مخيفة أو عند إدراكها باعتبارها تمثل تهديداً (Zola , 1973) . يضاف إلى ذلك، واتساقا مع نموذج المعتقدات الصحية ، فإنه بقدر زيادة اعتقاد الشخص فى تأثير الرعاية الطبية بقدر زيادة احتمالات استخدامه للخدمات الصحية (Crandall and Duncan , 1981) وتعمل العوامل الاجتماعيه بمثابه المنبهات للناس للسعى ؛ للحصول على المساعدة الطبية عند وجود أعراض للمرض. ووفقًا لزولا (Op . cit .) فإن الناس يميلون بقدر أكبر للسعى للرعاية الطبية بعد معاناتهم من أزمة فى علاقاتهم ، وعندما تهددهم الأعراض بالحد من التفاعلات الاجتماعيه ، وعندما يكون هناك تأييد وتشجيع من الآخرين للسعى للحصول على المساعدة .

والتأخير فى السعى للحصول على الرعاية الصحية من الأمور الشائعة ، ويمكن أن يحدث فى ثلاث مراحل : عند تأخر التقييم (أى الوقت المنقضى فى تفسير العرض بوصفه علامة على مرض) وتأخر المرض (وهو الوقت المنقضى بين قرار المريض أنه يعانى مرضاً ، وبين قراره للسعى للحصول على الرعاية الصحية) ، والتأخر فى استخدام الرعاية الصحية (وهو الوقت بين السعى للحصول على الرعاية والحصول الفعلى على المساعدة الطبية) . (Safer et al ., 1979) وقد يكون التأخير بالنسبة لمرض مثل السرطان مهدداً للحياة ، بينما يوجد على النهاية الأخرى للمتصل أولئك المرضى ، الذين تتكرر استشاراتهم للطبيب دون وجود حاجة لذلك . وقد استخدم تعبير متوهمى المرض (١) ؛ للإشارة إلى أولئك الأشخاص المنشغلين بالأعراض ، مع عدم وجود أى حالة مرضية عضوية لديهم . ويرى واروبك وسالكوفسكى (Worwick and Salkovskis (1990) أن مرضى التوهم أكثر ميلاً لسوء تفسير أورامهم وبثورهم باعتبارها علامات مرض . ونتيجه لذلك يتكرر فحصهم لأعراضهم وسعيهم للحصول على المعلومات والتأكيدات الطبية .

يوجد بالتالى عدداً من الأسباب المتنوعة حول إساءة استخدام الناس للخدمات الصحيه ، أو فشلهم فى استخدامها ، أو تأخرهم فى هذا الاستخدام . ويضاف إلى هذه العوامل التى سبق ذكرها ، أن الرعاية الصحية تتأثر بالمثل بخبرة المريض ، بالاستشارات الطبية كما سبق مناقشتها .

التواصل مع المرضى :

يعلق لى Ley فى تلخيصه للبحوث قائلاً إن المرضى يرغبون بصفة عامة فى الحصول على المعلومات حول حالتهم وعلاجهم ، غير أن الكثيرين يشعرون أنه لم يتم إخبارهم بالمعلومات الكافية ، ولايفهم كثيرون مايتم إخبارهم به ، ولايتذكر آخرون ماقيل لهم (Ley , 1989 : 74) . والأمر المؤكد أن المرضى يختلفون فى مقدار المعلومات التى يريدونها ، كما يختلف الأطباء فى مقدار التدخل ، الذى يدعوهم المرضى اليه . ومن الواضح أن عدم التطابق بينهم سيحدد مدى تأثر علاقاتهم . وقد حللت دراسة

(1) Hypochondriacal .

كلاسيكية التفاعل بين الطبيب والمريض ، حدد فيها بيرن ولونج (Byrne and Long (1976 أنماط التفاعل التى تمتد من تمركز الطبيب (١) حتى تمركز المريض (٢). ويتجه الطبيب فى النمط الأول إلى استخدام أسئلة مباشرة مع تركيزه على المشكلة الأولية ، التى يذكرها المريض مع تجاهل محاولات المريض لذكر مشكلات أخرى . ويتضمن النمط الثانى استخدام قدر أكبر من الاسئلة المفتوحة ، مع تشجيع الطبيب للمريض لتقديم المزيد من المعلومات ، ودعوته للمشاركة فى اتخاذ القرار . وعلى الرغم من اختلاف النمط الذى يستخدمه الطبيب ، فإن كل فرد يستخدم نمطًا متسقًا مع كل مرضاه ، الذين يقوم بعلاجهم . والفشل فى الاستجابه لكل مريض ، بوصفه فرداً مختلفًا عن غيره ، يجعل من المحتوم غالبًا حدوث عدم تطابق فى التوقعات .

وكانت الدراسات المختلفة متسقة فى عرضها لحقيقة أن المرضى يفضلون الأطباء ، الذين يظهرون حساسية ، ودفئاً ، وانشغالاً على أولئك ، الذين يبدون منفصلين وغير مهتمين (Dimatteo , 1985) . بالإضافة إلى ذلك ، يصبح المرضى أكثر رضًا بالاستشارة الطبية إذا مامنحوا إمكانية تفسير مشكلتهم أو مشكلاتهم لشخص ماينصت لهم ، ويقدم لهم تفسيراً واضحًا لحالتهم وللعلاج المقدم لهم (Feletti et al ., 1986) . وهذه القضية مهمة على وجه الخصوص ، إذا وضعنا فى الاعتبار أن نتائج البحوث توصلت لوجود صله قوية بين رضاء المريض بالاستشارة واذعانه للنصيحة الطبية . وقد وجد كورش وزملاؤه (Korsch et al., (1968 من خلال تقييمهم لأمهات ، يترددن على عيادة خارجية للأطفال أن أولئك اللاتى كن شديدات الرضا بدفء الطبيب واهتمامه وتزويده لهن بالمعلومات ، كن أميل بمقدار ثلاثة أضعاف للإذعان للنصيحة الطبية مقارنة باللاتى لم يكن راضيات .

عدم الإذعان

يعتقد أن المرضى غير المذعنين للنظم الطبية ، وبالتأكيد غير المذعنين أيضًا للتدخلات النفسية واسعى الانتشار . ويوضح ديماتيو ودينيكولا (Dimatteo and Dincola (1982 اللذان أجريا مراجعةً للدراسات أن هناك تباينًا متسعًا فى معدلات عدم الإذعان . ويقدران أن مريضًا من كل ثلاثة مرضى فى المتوسط لايتعاون مع التوصيات الطبية ، أثناء العلاجات الطويلة ، وأن بين ٢٠ إلى ٨٠ فى المائة من المرضى يتخلون عن التوقف عن التدخين ، أو يتوقفون عن الاستمرار فى البرامج العلاجية لخفض الوزن (Dunber and Agras , 1980) ويأخذ عدم التعاون أشكالاً مختلفة . مثال ذلك أن يفشل المرضى فى الالتزام بالتعليمات الخاصة بالوزن أو التوقف عن التدخين ، التى تصمم للوقاية من الأمراض ، وقد يفشلون فى التقيد بالتدخلات العلاجية التى تصمم لخفض ضغط الدم ، أو يفشلون فى الالتزام بالنظم الطبية المعدة للتخفف من المرض ، من خلال تغيير كمية العقاقير المستهلكة ، أو عدد الأيام ، التى يتعين أن يتعاطوا فيها العلاج . وعلى أقل تقدير يؤدى عدم الإذعان إلى تبديد الموارد الصحية . وقد يؤدى بالإضافة إلى ذلك إلى عودة ظهور الأعراض أو نوبة المرض .

ولاشك أن التباين الواسع فى تقديرات عدم الإذعان يعكس صعوبات التقييم ، فالنتائج غالبًا ماتعتمد على عدد حبات الدواء ، وتقارير الطبيب أو المعالج ، أو تقارير المريض الذاتية . وهذه الأخيرة هى الأسلوب الأكثر إستخدامًا فى البحوث المنشورة لتقديرات الإذعان (Caron,1985) ، وبافتراض أن المرضى يميلون لمقاومة الاعتراف بعدم الإذعان، فإن المدى الحقيقى لعدم الإذعان يمكن أن يتجاوز

(1) Doctor - Centred .
(2) Patient - Centred .

التقديرات الحالية . وبعض أكثر التقديرات ثباتًا للاذعان ، مثل : اختبار مؤشرات وجود أوكسيد الكربون أو النيكوتين فى الدم ، بالنسبة للتوقف عن التدخين غير عملية فى الممارسة الإكلينيكية اليومية ، ومن المحتم أن يقاس عدم الاذعان دائمًا على أساس التقديرات الأكلينيكية .

العوامل المؤثرة فى الإذعان :

تم فحص ثلاثه عوامل عريضة تتعلق بالإذعان هى : خصائص المريض ، وجوانب العلاج ، والعلاقه بين الطبيب والمريض . ولم يثبت جدوى البحث عن خصائص محدده ، يمكن أن تنبئ بمن سيذعن ومن لن يذعن للعلاج . وقد طبق نموذج المعتقدات الصحية ، الذى سبق مناقشته بطريقة أكثر فعالية، فالمرضى الذين لايتعاونون مع العلاج يميلون للأعتقاد بأنهم أقل تعرضاً للمرض ، ويعتقدون بقدر أقل فى فعالية الطب الحديث ، كما يعتقدون أن تكاليف العلاج كبيرة للغاية.

وتتضمن المتغيرات الأخرى المؤثرة فى الإذعان ، المدى الذى يصل إليه فهم المرضى لما يقال لهم أثناء الاستشارة الطبية ، ومقدار مايستطيعون تذكره ، مما يقال لهم ، ويذكر لى (Ley 1988) فى تلخيص لعدد من الدراسات ، التى فحصت مدى فهم المرضى لتشخيص حالتهم الطبية والنظام الطبى الموصوف لهم ، أن عدد المرضى الذين لم يفهموا نظامهم الطبى يتراوح بين ٥ فى المائة و ٦٩ فى المائة، حسب تقديرات خبراء . ولاشك أن الكثير من هؤلاء المرضى سيفشلون فى الإذعان للجرعات الطبية الصحيحة أو فترة تناولها . وحتى إذا كان المرضى يفهمون ، إلا أنهم قد لايتذكرون ماقيل لهم . وفى مراجعة لى (Ley 1988) لعدد من الدراسات الخاصة بتذكر المعلومات الطبية ، يذكر أن مقدار المعلومات الطبية ، التى يتذكرها مرضى المستشفيات يتراوح بين ٤٠ إلى ٧٠ فى المائة .

ويؤثر كل من طبيعة مرض المريض والعلاج الموصوف له على إذعانه . فبالنسبة للأمراض الحادة ذات الأعراض غير المحببة ، والتى تشفى مباشرة بالعلاج يكون إحتمال الإذعان مرتفعاً . وعلى النقيض من ذلك الأمراض المزمنة التى تتطلب علاجًا لأماد طويلة ، حيث يميل الإذعان للضعف (Sackett and Snow , 1979) ؛ وقد روجع الإذعان لعلاج السكر فى الجزء التالى من هذا الفصل . بالإضافة إلى ذلك ، فبقدر تعقد النظام العلاجى بقدر انخفاض احتمالات الالتزام الدقيق بالعلاج (Haynes , 1976) . وعندما يتطلب العلاج تغييراً جوهريًا فى نمط الحياة ، مثل مايتطلبه خفض الوزن ، أو برامج التوقف عن التدخين، يصبح الالتزام بالبرنامج الكامل عندئذ أكثر ميلاً للانخفاض (المرجع السابق) . ويميل الإذعان أيضًا للضعف عند ظهور أعراض جانبيه . ومن المؤكد أن هناك الكثيرين ممن يجادلون ، فى ضوء هذه الأعراض الجانبيه ، فى أن عدم الإذعان يمكن أن يكون تكيفيًا فى بعض الأحيان . وعلى الرغم من ذلك ، إذا كان تقرير المريض لمزايا العلاج أرجح من تقديره للأعراض الجانبيه فيحتمل أن يذعن له .

خبرة العلاج

قد تكون توقعات التعرض لإجراءات طبية غير سارة مصدراً لإثارة القلق لعدد كبير من الأسباب؛ إذ يتعين أن يحاط المرضى بالألم وعدم الراحة ، اللذين يتوقع أن يعانوا منهما . وقد لاتكون لديهم ألفة سابقة بالإجراءات ، وقد يكونوا قلقين من التشخيص أو من مآل المرض (Eldmann , 1992 : 207) والمرضى الأكثر قلقًا قبل إجراء عملية جراحية هم الأكثر ميلاً لتقرير تعرضهم لآلام تالية للجراحة ، ويطلبون علاجات مسكنة أكثر ، ويبقون فى المستشفى لفترات أطول ، ويذكرون درجة أكبر من القلق والاكتئاب خلال فترة تعافيهم (Anderson and Masur , 1983) . وقد أدى ذلك إلى قدر كبير من

البحوث التى تفحص الاستراتيجيات المختلفة ، التى تصمم لخفض القلق الذى يسبق إجراء الجراحات والقلق التالى للجراحة فى عدد من الجراحات بما فى ذلك جراحات الأسنان . وقد اتجه التدخل فى هذه الحالة الأخيرة إلى التحكم فى القدر المتوسط من الخوف ، وتجنب علاج الأسنان .

وتتضمن الأساليب النفسية المصممة لإعداد المرضى تزويدهم بالمعلومات ، وعلاجًا نفسيًا ، ونمذجة، وتحكمًا سلوكيًا ، وعلاج معرفى سلوكيًا ، وتنويمًا ، أو تنويمًا فقط . وهناك دلائل على أن كل هذه الإجراءات كان لها تاثير مفيد فى خفض الكدر ، على الرغم من أن الآليه التى تعمل بها هذه الأساليب مازالت بعيده عن الوضوح حتى الآن . وقد أشارت جميع المراجعات المتعددة لهذه البحوث ، التى ظهرت خلال العقد الآخير (مثال ذلك : Ludwick - Rosental , and Neufeld , 1988) إلى الصعوبات المنهجية ، التى تمنع التوصل إلى استخلاصات حاسمة . وتتضمن هذه المشكلات الفشل المتكرر فى تضمين البحوث مجموعات ضابطة ، والفشل فى تأكيد ما إذا كان تدخلاً نفسيًا معينًا قد استخدمه المريض المعين بالفعل ، كما أن استخدام علاجات متعددة معًا يجعل من الصعب تأكيد ما إذا كان مكون معين فيها هو المؤثر على وجه الخصوص ام غيره ، وكذلك استخدام تقديرات مختلفة للنتائج فى الدراسات المختلفة ، واستخدام مجموعات غير متجانسه من المفحوصين ؛ من حيث الاجراءات الجراحية التى تعرضوا لها ، ومن حيث تاريخهم السابق على هذه الجراحات .

ويبدو أن أكثر أساليب التدخل فعالية من المنظور السلوكى ومؤشرات التقدير الذاتى معًا ، هو النمذجة [١] فى حالة الأطفال على وجه الخصوص ، على الرغم من أن مراجعة سيل وزملائه (Saile et al 1988) . تقدم تقديرات أكثر حذرًا . وتبدو التدخلات المعرفية السلوكية واعدة ، غير أن هناك القليل من الدراسات التقييمية التى استخدمت هذا الأسلوب . وكانت الدراسات التى استخدمته تميل لأستخدام حزمة متعددة المكونات (مثال ذلك : Wells et al ., 1986) .

وبالنظر إلى الخوف من جراحات الاسنان وتجنبها ، فإن العديد من تقارير الحالة تشهد على فعالية التسكين [٢] ، سواء استخدم منفردًا (مثال ذلك : Klepac , 1975) أو مع النمذجة . (مثال ذلك Kleinknecht and Bernstein , 1978) لخفض كل من الخوف ، ولتشجيع الزيارة المنتظمة لطبيب الأسنان ، وتوحى الدراسات التى تعتمد على المقارنة بين المجموعات أن أساليب الإغراق [٣] والتدريب على مهارات التغلب [٤] والاسترخاء ، والتدريب على التعليمات الذاتية [٥] ، والعلاج المعرفى السلوكى قد لاقت درجات من النجاح ، وفق كل من مقاييس القلق ومقاييس العلاج (Gauthier et al ., 1985 ; Getka and Glass , 1992 ; Terremalm et al ., 1986)

استخلاصات وتوصيات :

يلعب علم النفس الصحى دورًا رئيسيًا فى كل من مجالى تحسين الصحة والوقاية من الأمراض ، وفى زيادة فهمنا لخبرة أن نكون مرضى ، ونتلقى علاجًا طبيًا ، وفى الحصول على فهم أوضح للعوامل التى تحسن من سوء استخدام الناس للخدمات الصحية ، أو فشلهم أو تأخرهم فى استخدامها ، أو العوامل التى تؤثر فى ممارستهم للسلوك الصحى ، والتى يمكن أن يكون لها تأثير عميق على تغيير

---

(1) Modeling .
(2) Desensitisation .
(3) Flooding .
(4) Coping Skills training .
(5) Self instructional training .

السلوك . ولهذا الأخير دلالات فى مجال كبير من الأمراض المهددة للحياة بما فى ذلك الأمراض الأكثر حداثة : الإيدز وسرطان الجلد . ومن المؤكد أن الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين كانت لهم مشاركة طويلة فى الجهود ، التى تهدف إلى التأثير فى أنماط السلوك الصحى ، مثل : تشجيع الناس على التوقف عن التدخين ، أو تغيير عاداتهم الغذائية لخفض مخاطر أمراض القلب ، على الرغم من حدوث ذلك على المستوى الفردى والجمعى فقط .

ويحتمل أن يكون دور الأخصائى النفسى الأكلينيكى فى تخطيط وتصميم الحملات وتقديم النصح، فى التدخلات على أسس مجتمعية مهما فى المستقبل ، كما يتضح ذلك من المحاولات الراهنة للتحكم فى انتشار فيروس الإيدز (Morin , 1988) ، ولعلم النفس دور مهم أيضاً فى كل من تيسير التحكم الذاتى فى المرض ، وفى خفض الكدر والقلق من التدخل الجراحى . ومرة أخرى ، يتعين عدم المبالغة فى تقييم دور الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين فى النصح والتخطيط على مستوى الجناح أو المستشفى .

تدبر الأمراض المزمنة :

يشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أية حالة تتضمن قدراً من الإعاقة ، التى تحدث نتيجة لتغيرات مرضية (باثولوجية) غير إرتدادية (١) ، تتطلب تدريباً ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم . وتتراوح مثل هذه الحالات بين الحالات الصغرى نسبياً مثل فقدان السمع الجزئى ، وحتى الحالات الخطيرة المهددة للحياة مثل السرطـان وأمراض القـلب والسكر . وتتـزايد الأمراض المزمـنة لسببين رئيسيين: ١) تحسين العـلاج فى المراحل الأوليـة الحرجة للمـرض الحـاد أو للاورام (مثال ذلك الجلطة الدماغية والذبحة الصدرية) بما يعنى أن الناس يظلوا أحياء ، وبالتالى عليهم أن يعيشوا مع مترتبات ، تستمر على مدى طويل لمثل هذه الأمراض . ٢) تزايد العدد النسبى من المسنين فى العالم الغربى ، وأفراد هذه الفئة أكثر عرضة للأمراض المزمنة . وتواجه الأمراض المزمنة الفرد بمدى متسع من التحديات ، وبالإضافة إلى الآثار الجسمية والآلام المصاحبة للأمراض المزمنة ، فإن الناس يميلون للتعرض لمشكلات اجتماعية وانفعالية . ويعد اضطراب الأداء الجنسى الناتج عن المرض والعلاج ، أو عن أحدهما من الأمور الشائعة أيضاً . مثال ذلك أنه قد يكون مصحوباً بتوتر مفرط (٢) أو أمراض القلب والسرطان (Anderson et al ., 1989) .

يضاف إلى ذلك ماقد يكون للأساليب الطبية لعلاج أعراض الأمراض المزمنة من مترتبات غير سارة (مثال ذلك العلاج الكيميائى للسرطان) ، أو قد يكون من الصعب الالتزام بها (مثال ذلك علاج السكر) ، وبالتالى يمكن للتدخلات النفسية أن تتجه نحو تدبر الألم أو التحكم فيه . وقد صممت تدخلات معرفية سلوكية لمساعدة الناس على التغلب على الآثار النفسية للمرض ،أو للاستجابة للعلاج ولمساندتهم لأقصى حد ، أو للعمل مع العائلات . كما صممت تدخلات معرفية سلوكية لتعزيز التدبر الذاتى للمرض ، بالاضافة إلى الإرشاد النفسى الجنسى أو الإرشاد للمساعدة فى عمليات التوافق مع التشوهات أو الإعاقه.

وبهدف مناقشة هذه القضايا فى السياق المناسب ، سنقدم مراجعة مختصرة للجوانب الجسمية والانفعالية للمرض ، بالإضافة إلى التقييم المعرفى للشخص ومصادر المساندة الاجتماعية باعتبارها عوامل وسيطة فى مجال الأمراض المزمنة.

(1) Non - reversible .
(2) Hypertension .

تأثير الامراض المزمنه

المشكلات الجسمية والمرض المزمن

تتضمن المشكلات الجسمية التى تنشأ عن الأمراض المزمنة كل مصاحبات المرض ذاته ، وتلك التى تصاحب أى نوع من العلاج . وتتضمن المشكلات المصاحبه للمرض الألم ، مثل : الآم الصدر التى يعانيها مرضى القلب ، وعدم القدرة على التنفس فى اضطرابات التنفس ، والتغيرات الأيضية المصاحبة للسرطان ، أو الإعاقة البدنية المصاحبة لتصلب الشرايين المتعدد ، أو لجروح الحبل الشوكى . يضاف إلى ذلك الازمه الكبرى ، التى يعانيها المرضى ، الذين يتأثر مظهرهم البدنى بالمرض مثلما يحدث فى حالة الحروق الشديدة أو استئصال الثدى ، وهى الأزمة المتعلقة بإحساسهم بأنفسهم نتيجة لتبدل مظهرهم .

ولسوء الحظ .. فإن العلاج الطبى للأمراض غالبًا مايكون أكثر اضعافًا من المرض . وغالبًا مايعانى مرضى السرطان الذين يتلقون علاجا كيميائيًا من الغثيان والقئ وسقوط الشعر وتغير لون البشرة (Burish et al ., 1987) ويتعين على مرضى السرطان الذين يتلقون علاجاً إشعاعياً أن يتغلبوا على حروق الجلد والمشكلات المعوية والهضمية (Nail et al ., 1986)

ردود الفعل الانفعالية للأمراض المزمنة :

يصبح المرضى ، على الفور وبمجرد تشخيص مرض مزمن ، فى حالة أزمة ، تتسم بعدم التوازن البدنى والاجتماعى والنفسى (Moos , 1977) . ومن بين ردود الفعل الشائعة القلق والاكتئاب والإنكار . وبينما يمكن اعتبار مثل هذه الإرجاع معتادة ومفيدة فى بعض مراحل التوافق مع المرض المزمن ، إلا أنها يمكن أن تعرقل التعافى أو العلاج . ولهذا يصبح من المهم تحديد ردود الفعل التوافقية ، والأخرى غير التوافقية ، وتقديم العلاج النفسى الملائم .

وتتباين درجات القلق على امتداد فترة المرض ، مثال ذلك أن قياساً متتابعًا للقلق لدى مرضى الذبحة الصدرية الذين دخلوا المستشفى ، يبين أن القلق كان فى أعلى درجاته عند الدخول لوحدة العناية المركزة للقلب ، وفور تحويل المريض بعد ذلك إلى الجناح . ثم يتناقص القلق بعد ذلك بسرعة خلال الاسبوع الثانى ، ثم يرتفع مرة أخرى قبل الخروج من المستشفى ، ثم يهبط إلى أدنى درجاته ، بعد أربعة أشهر من الخروج من المستشفى ، وعلى الرغم من ذلك فإن العودة إلى العمل تصاحبها زيادة أخرى فى القلق (Thompson et al ., 1987) . وبالتالى تميل كل نوبة آلم صدرى ، وهى مايمكن أن يحدث لعدة شهور أو أعوام تالية بعد الخروج من المستشفى – لأستثارة قلق كل من المرضى وعائلاتهم (Lango- sch , 1984) وبالقطع تثير حالة عدم التأكد التى تصاحب النتائج والمترتبات الأولية لتغير نمط الحياة زيادة فى القلق ، كما يوجد قدر مشابه من الزيادة فى القلق يصاحب الفحوص الطبية أو العلاج . وبينما يكون القلق معتاداً فى مثل هذه الظروف ، إلا أن بقاء مستوياته مرتفعة يمكن أن يُعد مشكلة ؛ لأنه يؤثر فى التوافق الجيد للمريض . وتوحى البحوث أن المرضى مرتفعى القلق ضعيفى القدرة على التغلب على مشكلات العلاج الإشعاعى للسرطان (Graydon , 1988) ويظهرون تحسنًا ضعيفًا فى الذبحة الصدرية ، ويتضمن ذلك انخفاض تال فى ميلهم للعودة إلى العمل (Maeland and Havik , 1978)

ويشيع الاكتئاب أيضًا فى الأمراض المزمنة ، وتذكر نسبة من المرضى ، تصل إلى واحد من كل

(1) Parkinson's disease .
(2) Reheumatoid arthritis .

ثلاثة من المرضى المقيمين وجود أراض اكتئابية متوسطة على الأقل Rodin and Voshart , 1986) .
وقد تبين أن الزياده فى الاكتئاب تصاحب شدة المرض فى حالة مرض باركنسون (١) (Dakof and Mendelson , 1986) ومقدار الألم ، ومدى الإعاقة فى حالة التهاب المفاصل (٢) (Hewley and Wolp , 1988 ; Fitzpatric et al ., 1988) ودرجه العجز البدنى فى حالة مرض السكر (Littl efleld et al ., 1990) وبنقص الدعم الاجتماعى أو أحداث الحياة السلبية لدى مرضى السرطان (Bukberg et al ., 1984) . وعلى الرغم من إمكان حدوث الاكتئاب فى أى مرحلة من مراحل عمليات التوافق ، إلا أنه يميل إلى الحدوث فى فترة متأخرة عن القلق ، مرتبطاً بادراك المرضى لتعقيدات حالتهم ، ومثلما يحدث فى القلق ، يعيق الاكتئاب إعادة التأهيل والتعافى ، مثال ذلك أن المرضى الاكتئابيين من أصحاب الجلطة الدماغية يميلون إلى البقاء فى المستشفى لفترات أطول من الوقت مقارنة بغير الاكتئابيين (Cushman , 1986) كما أن مرضى الذبحة الصدرية المكتئبين أقل ميلاً للعودة لعملهم ، متأخرين فى ذلك لمدة عام ، كما أنهم أكثر ميلاً للبقاء فى المستشفى (Stern et al ., 1977) .
ولسوء الحظ ولأن عديداً من أعراض الأكتئاب مثل فقدان الشهية وفقدان الوزن وقلة النوم تعد أعراضاً للمرض أيضاً فينتج عن ذلك عدم تشخيص الاكتئاب أو علاجه .

هناك رد فعل أخير شائع للتشخيص ، هو إنكار أو تجنب تعقيدات المرض . ويمكن لردود الفعل هذه أن توفر حماية – على المدى القصير – من المواجهة الفورية لمدى واسع من المشكلات ، التى تشكلها أمراضهم ، ويحتمل أن تزودهم بمزيد من الوقت ، لاستخدام استراتيجيات تغلب أخرى . وبالتالى تخدم بذلك وظيفة وقائية ، مثال ذلك أن مرضى الذبحة الصدرية ممن لديهم مستوى عال من الإنكار لتأثير حالتهم ، يظهرون خلال فترة إقامتهم فى المستشفى ، أقل قدر من الضيق (Havik and Mealand , 1990) وعلى الرغم من ذلك ، يمكن للإنكار أن يؤدى – على المدى البعيد – إلى إعاقة عمليات التعافى ، إذ قد يفشل المرضى فى ملاحظة حالتهم أو الالتزام بالنظام الدوائى ، أو يفشلون فى تغيير نمط حياتهم بطريقة يمكن أن تعزز المستوى الكيفى لحياتهم . وبالتالى تكون أساليب الإنكار والتجنب بمثابة عوامل خطر على المدى البعيد لاستجابة عكسية للمرض (Felton et al ., 1984) . وقد ارتبط الهرب – التجنب فى أحد التقارير الحديثة بقدر متزايد من الكدر الانفعالى لدى مرضى السرطان ، الذين شخص ٧٢ فى المائة منهم على أن لديهم سرطاناً بادئاً خلال السنوات الخمس السابقة (Dunkel and Schetter et al ., 1992) . وعلى النقيض من ذلك ، كان المرضى من أصحاب استجابات المواجهة ، الذين يسعون للحصول على النصح أو المساندة ، ممن يركزون على الإيجابيات والذين يؤمنون أنهم يستطيعون التحكم فى مرضهم بأنفسهم أميل لإظهار قدر أقل من الكدر النفسى (مثال ذلك : Affleck et al ., 1987 ; Dunkel - Schetter et al ., op . cit .) وبالتالى يعتمد التدبر الفعال على تحديد أى الاستراتيجيات هى التى تيسر التعافى فى أى مراحل المرض ولأى مريض على وجه الخصوص . وعلى ذلك يمكن استخدام مثل هذه المعلومات لمساعدة المرضى فى عمليات تطوير أساليب تغلب فعالة . وتلعب معتقدات المرضى حول مرضهم دوراً جوهرياً على المدى البعيد فى التأثير على توافقهم .

التقييم المعرفي للمرض المزمن

يرتبط المرض المزمن بحتمية تغيير نمط الحياة ، وهو التغيير الذى يتضمن التحكم فى نوع الغذاء،

(1) Feedback .
(2) Token - economy .

والتنبه الشديد لعودة الأعراض ، وتغيير الانشطة اليومية ، أو عدم تجاوز حدود نمط معين للحياة بصفة عامة . وتتأثر كيفية توافق الناس مع مشكلاتهم الصحية بدرجة جوهرية بتقيمهم الذاتى ، وإدراكاتهم وردود أفعالهم لمرضهم .

وقد تبين أن لوم الذات مرتبط بالتوافق الضعيف فى بعض الدراسات (مثال ذلك : بالنسبة لمرضى الحروق Kieolt - Glaser and Williams , 1987) ، وبالتوافق الجيد فى البعض الآخر (مثال ذلك فى حالة ضحايا الحوادث Bulman and Wortman , 1977) . ويعلق تيرنكوست وزملاؤه Turnquist et al . (1988) فى مراجعتهم للعلاقة بين إعزاءات المرض والتوافق ، مشيرين إلى أن المرضى الذين يقدمون تفسيرات عليّة ، سواء صريحة أو غير صريحة لمرضهم يحققون نتائج عضوية وانفعاليه ايجابيه مقارنه بالمرضى الذين يفشلون فى تقديم تفسيرات عليّه . وعلى الرغم من ذلك فإن لوم شخص اخر مثل أفراد الأسرة أو زملاء العمل كان مؤشراً أكثر اتساقًا على عدم التوافق (مثال ذلك : Affeck et al ., 1978) .

نتيجة أخرى متسقة ، هى أن المرضى الذين يؤمنون أنهم يستطيعون التحكم فى مرضهم أظهروا توافقًا نفسيًا أفضل من المرضى ، الذين لايؤمنون بذلك ، وهذه النتيجة مستقلة عن إمكانية التحكم أو عدم التحكم فى الجانب العضوى للمرض . وقد أمكن الحصول على نتائج متسقة فى حاله مرضى السرطان (مثال ذلك : Taylor et al ., 1984) وفى حالة مرضى التهاب المفاصل (Affeck et al ., 1987) والجلطة الدماغية (Partridge and Johnston , 1989) ومرضى جروح الحبل الشوكى (Schulz and Decker , 1985) .

وعلى الرغم من ذلك يبدو أن الجوانب الواقعية للمرض العضوى تحد من العوامل المعرفية المتعلقة بالصحة . وقد وجد داكوف ومندلسون Dakof and Mendelsohn (1989) ارتباطًا لدى مرضى باركنسون ، من ذوى الدرجة البسيطة والمتوسطة ، بين أحساسهم بالتحكم ، واعتقادهم أن الأمور كان يمكن أن تكون أسوأ ، وقدرتهم على استبعاد الأفكار السلبية عن أذهانهم وبين توافقهم النفسى الجيد. وعلى الرغم من ذلك ، يذكر المرضى ذوى العجز الشديد زيادة فى السلبية أو الأكتئاب ، فيما يخص معتقداتهم . وقد توصل روزنبوم وبالمون (Rosenbaum and Palmon (1984 لنتائج مشابهة لدى مرضى الصرع ، وكان القلق المنخفض والاكتئاب مرتبطًا بإعتقادهم فى إمكان التحكم فى النوبات الصرعية ، فى حالة المرضى أصحاب النوبات القليلة أو المتوسطة ، أما المرضى من ذوى النوبات الصرعية مرتفعة التكرار ، فقد ذكروا تأثيرات سلبية دون اعتبار لاعتقادهم حول إمكانية التحكم فى النوبات . وعلى الرغم من هذه النتائج ، فإن التدخل النفسى يتجه على أى الأحوال إلى تشجيع المعتقدات المعرفية الصحية والأكثر فعاليه ، كما يمكن أن يؤدى إلى آثار مفيدة للعديد من المرضى .

الدعم الاجتماعى :

يتعزز التوافق مع المرض المزمن أيضًا بتوفر نظام فعال للدعم الاجتماعى (Wallston et al ., 1983) . وكانت الصلة بين العلاقات الاجتماعية الجيدة والتوافق الإيجابى محوراً لدراسات ،أجريت على مرضى السرطان (مثال ذلك : Neuling and winefield ,1988) . ومرضى التهاب المفاصل (Fitzpatrick et al ., 1988 ; Littlefield et al ., 1990) ومرضى السكر (ومرضى جروح الحبل الشوكى (Schulz and Decker , 1985) . وقد توصلت الدراسات بالإضافة إلى ذلك إلى أن الدعم الاجتماعى من الأسرة والأصدقاء يخفض من الكدر ، خلال التعافى من أمراض الشريان التاجى

مثال ذلك : Fantana et al ., 1989) وارتبطت العلاقة الزواجية التدعيمية بتحكم أفضل فى مرض السكر (مثال ذلك : Marteau et al ., 1987) . ويعانى مرضى الإيدز ممن يدركون توفر قدر أكبر من الدعم ، قدراً أقل من الاكتئاب ومشاعر فقدان الحيلة (Zich and Temoshok , 1987) . وأحدى الإمكانات القائمة هى أن « النوع الصحيح » من الدعم يساعد الفرد فى جهوده للتغلب على المشكلات . وبالتالى فإن الدعم الاجتماعى الفعال يعتمد على تطابق احتياجات الفرد ومايتلقاه من أولئك الذين يضمهم محيطه . وترى دراسة حديثة (Dakof and Taylor , 1990) أن الأشخاص المختلفين فى محيط للعلاقات الاجتماعية إنما يقُدرون ، من خلال مايقدمون ، من أنماط للدعم ، ويقدر الدعم العاطفى عندما يأتى من الأشخاص ذوى الصلة الوثيقة بالمريض ، أو ممن هم فى مستواه . بينما تقدر المعلومات والنصيحة إذا جاءت من الخبراء .

علاوة على ذلك يعمل المرض المزمن بمثابة المهدد للمصادر الاجتماعية ، ويؤثر تمزق حياة أحد أعضاء الأسرة بشكل حتمى فى حياة الآخرين ، ويمكن للمرض المزمن أن يؤدى إلى انسحاب اجتماعى . وقد يشعر الأصدقاء الذين يقدمون الدعم الاجتماعى فى المعتاد ، بعدم قدرتهم على التعامل مع المريض، وبالتالى يسحبون دعمهم (Wortman and Dunkel - Schetter , 1979) لهذا يمكن أن توجه التدخلات النفسية فى مجال المرض المزمن بصورة مفيدة نحو القضايا المتعلقة بالدعم الاجتماعى وزياده فعاليه مصادر الدعم القائمة ، وتيسير عمل جماعات الدعم ، وزيادة مشاركة عائلات المرضى المزمنين فى علاجهم، بالإضافة إلى مساعدة الأسرة نفسها على التغلب ، وإلى كل المجالات التى يمكن لعلم النفس أن يسهم فيها .

التدخلات النفسية

بالأخذ فى الاعتبار الجوانب العضوية والانفعالية فى المرض المزمن وعلاجه ، وحقيقة أن التأثيرات العكسية أو المناوئة يمكن أن تتحسن من خلال التقييم المعرفى ومصادر الدعم الاجتماعى ، فإن جهود إعادة التأهيل يمكن أن توجه بشكل ناجح إلى كل عامل من هذه العوامل . ويحتمل أن تلعب التدخلات المعرفية السلوكية للتحكم فى الألم دوراً مهماً متزايداً على المستوى العضوى ، ويلعب التدبر السيكولوجى بالمثل دوراً فى ردود الفعل الانفعالية المناوئة فى المرض المزمن . وكما سبق أن ذكرنا فإن استراتيجيات تعديل التقييم المعرفى أو التأثير فى المصادر الاجتماعية للشخص يحتمل أن تؤدى إلى زيادة التوافق النفسى الإيجابى . وهناك ثلاثة جوانب معينة فى التدخل النفسى مع المرضى المزمنين ستراجع باختصار فى هذا الجزء الأخير وهى : استراتيجيات تحقيق خفض فى الألم ، واستراتيجيات تعديل ردود الفعل السلبيه ، واستراتيجيات تدبر ردود الفعل المناوئة للعلاج أو صعوبة الالتزام بالنظام العلاجى :

التغلب على الألم :

يظل التحكم فى الألم بمثابة المشكلة الخطيرة بالنسبة للكثيرين من المرضى بأمراض مزمنة . ويُقدر دالتون وفيورشتاين (Dalton and Feuerstein (1988 على سبيل المثال أن ٢٥ فى المائة من مرضى السرطان لايجدون راحة من آلامهم . وعلى الرغم من أن العقاقير تظل هى الطريقة الاولية لعلاج الآلام المتعلقه بالسرطان ، إلا أن الأساليب السلوكية أصبحت تستخدم الآن (Davis et al ., 1987) ، وقد فحصت أيضاً علاقة التدخلات المعرفية السلوكية بالتهاب المفاصل . مثال ذلك أن أوليرى وزملاءه O'Leary et al . (1988) قسموا بصورة عشوائية المرضى فى مجموعتين ، تلقت الأولى برنامجا للعلاج المعرفى السلوكى ؛ حيث تم تعليمهم مهارات تدبر التوتر والألم واعراض المرض ، وزود أفراد

المجموعه الأخرى بالمعلومات عن التهاب المفاصل . ومن خلال كتاب للمعاونة الذاتية ، يوفر تفاصيل حول التدبر الذاتى لالتهاب المفاصل . وقد أشارت النتائج إلى أن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى عانت من قدر منخفض من الآلم والتهاب المفاصل ، وتحسنا فى الأداء النفسى .

وعلى الرغم من إسهام الأخصائيين النفسيين بشكل واسع فى دراسة الألم المزمن وتدبره ، فقد اقتصر ذلك بصفة عامة على آلام العضلات والمفاصل ، وبالاخص آلام أسفل الظهر ، وآلام الأوعية الدموية، وبالأخص الصداع النصفى والآلام الخادعة للأطراف المبتورة . وقد حظيت آلام السرطان والتهاب المفاصل بقدر أقل من الاهتمام . ويجب أن لايقتصر التدخل النفسى على المساعدة فى التحكم فى الألم ؛ إذا يمكن أن يساعد أيضاً على الحد من مترتبات الألم مثل اضطرابات النوم والتهيج وبقية الصعوبات السلوكية الأخرى .

التغلب على الانفعالات :

قام عدد من الدراسات بفحص إمكانية استخدام أساليب التدخل النفسية لمساعدة المرضى فى التغلب على القلق أو الاكتئاب أو كليهما ، فى كل من المرحلة الحادة من المرض (فور حدوث الذبحة الصدرية أو بمجرد تشخيص احتمال وجود مرض مهدد للحياة على سبيل المثال) ، وكذلك خلال مسار المرض المزمن (فى حالة الربو مثلا) .

وهناك بعض الدلائل على أن التدخل النفسى فى الحالات الأولى الحادة للعناية بالشرايين التاجية يمكن أن تكون له نتائج مفيدة وفق كل من المؤشرات النفسية والطبية (مثال ذلك ; Gruen , 1975 Thompson and Meddis , 1990). وقد قام جروين Gruen فى إحدى الدراسات الحديثة بتصنيف سبعين مريضاً بالذبحة الصدرية . أما فى مجموعة ضابطة تتلقى العناية المعتادة فى المستشفى ، أو فى مجموعة علاجية تتلقى دعماً وتعزيزاً وتطميناً . وقد تحسنت حالة المجموعة ، التى تلقت تدخلاً على عدد من المقاييس ، بما فى ذلك عدد أيام بقاء أفرادها فى المستشفى ، وقلقهم سواء خلال فترة إقامتهم أو على امتداد أربعة أشهر تالية من المتابعة (Gruen, op . cit.) . وفى دراسة أحدث صنف تومسون وميدس Thompson and Meddis ستين مريضا بالذبحة الصدرية أدخلو إلى وحدة العناية بالقلب نتيجة لمعاناتهم للمره الاولى لذبحة صدرية حادة فى إحدى مجموعتين ، الأولى علاجية تتلقى إرشاداً داخل المستشفى بالإضافة إلى الرعاية المعتادة والثانية ضابطة تتلقى الرعاية المعتادة فقط . وقد سجلت مجموعة الارشاد درجة أقل جوهرياً من القلق مقارنه بمجموعة العلاج الروتينى فقط ، وقد سجلت مجموعة للإرشاد درجة أقل جوهريًا من القلق ، مقارنة بمجموعة العلاج الروتينى فقط فى المستشفى ، وعلى مدى ستة أشهر من المتابعة . وبالنظر إلى هذه النتائج وغيرها ، يعلق تومسون بالآتى « إن مثل هذا التدخل البسيط مفيد فى المرحلة الحادة علاجياً وهو كفء واقتصادى ، ويمكن تقديمه بشكل روتينى للمرضى الذين يعانون من ذبحة صدرية لأول مرة » (Thompson and Meddis , 1990 : 247)

وقام وردين ووايزمان(1981) Worden and Weisman بتقييم فعالية نوعين مختلفين من أساليب التدخل العلاجى النفسى ، يستغرق كل منهما أربع جلسات من حيث مقدار خفضهما للكدر الانفعالى ، وتحسين مهارات التغلب لدى مرضى ، شخصوا حديثًا على أن لديهم سرطانًا مقارنة بمجموعة ضابطه لم تتلق علاجًا . وكان دور المعالج فى الطريقة الأولى ، وهى العلاج المتمركز حول العميل هو مساعدة المرضى على تحديد واكتشاف أساليب حل المشكلات ، التى يعانون منها . وقدم فى الأسلوب الثانى ، وهو التدخل المتمركز حول المشكلة أسلوب يقوم على حل المشكله خطوة خطوة. وقد أدت كل من

الطريقتين العلاجيتين إلى انخفاض جوهرى للكدر الانفعالى على إمتداد سلسلة قياسات المتابعة ، وتمكن أفراد المجموعتين من حل المشكلات بطريقة أكثر فعاليه مقارنة بمجموعة ضابطة ، ولم يكن هناك فرق بين مجموعتى التدخل .

وبالنسبة لمسار أى مرض ، فإن المرضى يتفهمون خبرات ردود الفعل المتباينة ، ويعد تحديد علاقة العوامل النفسية بمسار المرض ، وتطوير برامج تدخل فعالة من الأمور المهمة على وجه الخصوص . وقد قام عدد من الدراسات بتقييم التدخلات النفسية فى أمراض الشرايين التاجية لدى المرضى ، فور خروجهم من المستشفى . مثال ذلك أن بورجيس وزملاءه (1987) . Burgess et al صنفوا عشوائياً مجموعة من مرضى الذبحة الصدرية ، أما فى برنامج لتأهيل مرضى القلب ، يتضمن ارشاداً معرفياً سلوكيا ، وأما فى برنامج للعناية اللاحقة بالقلب . وسجلت مجموعة التأهيل على أمتداد ثلاثة شهور قدراً أقل من القلق والاكتئاب والكدر مقارنة بالمجموعة الضابطة ، على الرغم من عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين فى نهاية ثلاثة شهور من المتابعة . وعلى الرغم من ذلك يعلق بندى Bundy من خلال مراجعة للدلائل المستخلصه من عدد كبير من البحوث التى قيمت التدخلات النفسية التالية للذبحة الصدرية بالاتى : « أن أغلبها كان ناجحا على بعض مقاييس تقييم النتائج » (Bundy , 1989 : 170). وقد استخدمت مجموعة كبيرة من أساليب التدخل تتضمن التنويم والاسترخاء والتسكين المنظم والتدبر بوصفها علاجا للربو (مثال ذلك : Yorkston et al ., 1974) . وعلى الرغم من أن الهدف من مثل هذه التدخلات كثيرا ماكان تحسين أداء الرئتين ، إلا أن هناك دلائل قليلة على فعاليتها فى هذا المجال . وعلى أى الأحوال ، فمثل هذه العلاجات تعد ذات قيمة ، عندما يكون التوتر أو القلق مصاحبين ثانويين للربو . وقد استخدمت التدخلات النفسية أيضاً لمساعدة المرضى وازواجهم للتغلب على المترتبات النفسية فى مجال عدد اخر من الامراض المزمنة بما فى ذلك السرطان (مثال ذلك : Heinrich and Schag , 1985) والسكتة الدماغية (Krantz and Deckel , 1983) . ولهذه الأساليب للتدخل دور واضح فى تحسين قدرة الشخص على التغلب على المرض بمجرد تشخيصة .

المشكلات المرتبطة بالعلاج الطبي :

هناك مشكلتان رئيسيتان مرتبطتين بالعلاج الطبى ، برهنتا على أنهما طيعتان للتدخلات النفسية، وهما : التأثيرات المناوئة للعلاج الطبى ، والمشكلات المتعلقة بالالتزام بالنظام الطبى . وتتضمن المشكلة الاولى الغثيان والقئ المصاحبان للعلاج الكيميائى ، والقلق والهلع المصاحبان لغسيل الكلى فى المراحل النهائية لأمراض الكلى . وقد فحصت قضية الالتزام بالنظام الطبى على نطاق واسع فى صلتها بمرض السكر . وعلى الرغم من وجود عدد من الآثار الجانبية غير السارة للعقاقير المستخدمة فى العلاج الكيميائى ، فإن هذه الاثار تصبح أسوأ نتيجة لردود الفعل النفسية التشريطية لخبرة العلاج . وقد يعانى المريض من توقع الغثيان والقئ دون أن يكون قد سبق له التعرض لعلاج كيميائى على الإطلاق . وتتضمن العوامل ذات الصلة بتوقع الغثيان والقئ شدة إحساسات الغثيان التالى للعلاج ، والقئ والقلق ، ويميل المرضى الأصغر سناً أيضاً للتعرض لتوقع الغثيان والقئ Watson and ; Marrow et al ., 1991) Marvell,1992 (ويبدو الغثيان والقئ بمثابة مقاومه للعلاج على وجه الخصوص . لذلك تركز قدر جوهرى من الانتباه على التدخل النفسى (للمراجعة ، أنظر : Cary and Burish , 1988 ; Morrow and Dobkin , 1988) وتتضمن هذه التدخلات التدريب على الاسترخاء (مثال ذلك : Burish and Lyles , 1981) والتسكين المنظم (Morrow , 1986) والتدريب على الاسترخاء مع التخيل (مثال ذلك : Burish et al ., 1987) والتشتت المعرفى للانتباه (مثال ذلك : Redd et al ., 1987) وقد وجد

بيرش وليلس (Burish and Lyles (1981 أن المرضى الذين يتعلمون الاسترخاء المصحوب بتحكم موجه ، ممن استخدموا هذا التحكم أثناء الاسترخاء ، وعند تعاطى العقاقير ، قبل العلاج الكيميائى مباشرة أظهروا مستويات منخفضة من الكدر والغثيان والقلق على كل من تقديرات المرضى والممرضات، مقارنة بمجموعة ضابطة لم تتلق استرخاءً . وفى تقرير تالٍ قام بيرش وزملاؤه (1987)., Burish et al بتعليم مجموعه من المرضى الاسترخاء والتحكم الموجة قبل الدورة الأولى للعلاج الكيميائى وأوضحت المؤثرات انخفاضًا فى توقع الغثيان والقئ خلال الدورة الرابعة والخامسة من العلاج الكيميائى وحيث كان من المتوقع حدوثه فيهما . كما كانت مؤشرات توقع الغثيان والقئ منخفضة جوهريًا بالنسبة لمجموعة العلاج مقارنة بمجموعة ضابطة لم تتلق علاجا. ووجد مورو (Morrow (1986 فى دراسة اخرى أن التسكين المنظم أفضل من الاسترخاء والإرشاد ، وأفضل من عدم أستخدام أى علاج لخفض توقع الغثيان والقئ .

وهناك عدد من احتمالات تفسير كيفية وأسباب فعالية التدخلات النفسية , Cary and Burish) (1988 ; Morrow and Dobking , 1988 وأحد هذه التفسيرات هى أن هذه الاساليب تؤدى إلى تشتت المريض بقدر كافٍ فى اتجاهات بعيدة عن العلاج الكيميائى ، ونتيجة لهذا لايعود التشريط إلى الظهور ومن المؤكد أن الأمر قد يكون كذلك فى تلك الدراسات التى تستخدم الاسترخاء والتخيل الموجه أو التشتت المعرفى ، وحيث يتم الانتباه سواء إلى إحساسات بدنية سارة أو إلى خيالات سارة ، ولكن لايحتمل أن يكون هذا هو التفسير الذى يمكن تطبيقة فى حاله التسكين المنظم ، والذى يركز الانتباه على وجه الخصوص نحو منبهات منفرة ، متعلقة بخبرة العلاج الكيميائى .

التفسير الثانى هو أن الاسترخاء عبارة عن مكون فعال . ومن المؤكد أن الكثير من البحوث توحى أن الاسترخاء بوصفه علاجًا لتوقع الغثيان والقئ يخفض من الاستثاره النفسية ., Burish et al) (1982 وقد يخفض أيضًا من المكون الذاتى للقلق ، الذى قد يعمل بمثابة منبه تشريطى لتوقع الغثيان والقئ . وقد يخفض الاسترخاء أيضًا من التوتر العضلى فى التقلصات المعوية ، وبالتالى يكون له تأثير مباشر فى خفض إحتمالات الغثيان والقئ . وقارنت دراسات قليلة بين أساليب التدخل المختلفة لتوقع الغثيان والقئ ، وربما تتمكن هذه الدراسات من توضيح الآلية التى تعمل هذه العلاجات النفسية وفقا لها.

وقد تبين بالمثل أن الاسترخاء كان فعالاً فى خفض القلق والهلع ، المرتبطين بغسيل الكلى فى المراحل الأخيرة من المرض . وعند تزامن استخدام التسكين المنظم والتدبر ، تبين أيضًا أن الاسترخاء يكون فعالاً فى خفض تكرار حدوث القئ المصاحب لغسيل الكلى (انظر : Long , 1989) .

وبالإضافة إلى خفض الكدر المصاحب للعلاج ، استخدمت التدخلات النفسية بصورة جيدة لتحسين الالتزام بالعلاج . ويعد هدف علاج السكر هو المحافظة على بقاء سكر الدم فى المستويات العادية. ويتم تحقيق ذلك من خلال الحقن بالانسولين والتحكم فى الوزن ، وممارسة الرياضة ، وتنظيم الغذاء مثل خفض السكر والكربوهيدرات فيه ، والتحكم فى التوتر ويصبح النظام (الرجيم) أكثر تعقيداً نتيجة للحاجة إلى تعديل كل عامل من هذه العوامل ، بين وقت وآخر ، بناء على مستوى نشاط المرضى ، ومراقبتهم بأنفسهم لمستوى الجلوكوز فى الدم . ومن المحتم أن يتضمن مثل هذا التنظيم الذاتى تحديداً إراديًا للغذاء وممارسة الرياضة والمراقبة الدقيقة لجلوكوز الدم وهو أمر لايبدو سهلا . ويبدو أن الأمور المتعلقة بالغذاء وممارسة الرياضة هى أكثر الجوانب صعوبة فى التحكم فى علاج السكر ، وبالتالى وعلى

الرغم من أن نتائج البحوث متضاربة ، يبدو أن الدعم الاجتماعى الضئيل والتوتر النفسى يرتبطان بالتحكم الذاتى الضعيف (Goodal and Halford, 1991) . وقد استخدمت أساليب تدخل متنوعة ؛ بهدف تحسين التحكم الذاتى فى مرض السكر ، تتضمن توفير المعلومات ، والتدريب على المهارات والتدخلات على أسس سلوكية .

والفروض الأساسية فى الكثير من برامج التعليم فى مجال علاج السكر ، هى أن المرضى لايتدبرون حالهم بشكل فعال ؛ لأنهم يفتقرون إلى المعلومات الضرورية . وعلى الرغم من أن كثيراً من هذه الدراسات التعليمية تذكر تحسناً فى المعلومات حول السكر ، إلا أن هذا لايترجم إلى تحكم فعلى أفضل فى السكر ، على المدى البعيد ، أو فى خفض معدل دخول المستشفى Goodal and Halpord , 1991) (Shillitoe , 1988 ; وقدم عدد قليل من الدراسات (مثال ذلك : Mc Culloch et al ., 1983) تدريبا على المهارات ، وعائد (١) بالاضافه إلى معلومات أساسية . وقد طلب ماك كلوش وزملاؤه من المرضى أن يختاروا من قائمة طعام ، وأن يتعرفوا الأنواع والكميات الملائمة لهم من الأطعمة ، المسموح بها من بين تلك الواردة فى القائمة . ويتلقى المرضى رد فعل فورى (عائد) من أخصائى التغذية . وبعد سبعة أيام من التجربة ، أظهرت سجلات التقدير الذاتى للأطعمة تحسناً فى التحكم الغذائى للمجموعة ، التى تلقت عائداً ، مقارنة بمجموعتين قدمت لإحداهما معلومات وللأخرى تعليماً .

وقام عدد من الدراسات بتقييم أساليب التدخل السلوكى ؛ لتحسين التحكم الغذائى لدى الأطفال والمراهقين والراشدين . وهدفت الدراسات التى تتضمن راشدين أساساً خفض الوزن ، على الرغم من أن بعضها ركز على مساعدة المرضى على المشاركة فى إعطاء الحقن لأنفسهم ،أو فى المراقبة الفعالة لمستوى السكر فى الدم لديهم .

والنتائج الخاصة بهذه الدراسات غير مشجعة مما حدا بمجموعة من الباحثين (Wing et al ., 1988) لتأكيد ضرورة أن تتضمن أكثر برامج العلاج الخاصة بالتحكم الذاتى فعاليه حزمة تدخلات متعددة المكونات . تتضمن تعليم المرضى مراقبة السكر فى الدم بطريقة صحيحة ، واستخدام هذه المعلومات كأساس لعمل تعديلات فى السلوك ، من خلال حقن أنفسهم ومنح أنفسهم تغزيزات (مكافآت) على جهودهم ؛ لتحسين ضبط سكر الدم والتحكم فى التوتر وضبط التغذية ، وممارسة الرياضة .

وتتضمن التدخلات النفسية التى تستهدف الأطفال والمراهقين التحديد المنظم للأهداف ، ومراقبة الذات والتعاقدات السلوكية وبرامج ممارسة الرياضة تحت الاشراف ، وتدريب على المهارات . مثال ذلك أن كارنى وزملاءه (Carney et al . (1983 نفذوا برنامجاً للتعزيز باستخدام العملات الرمزية (٢) وحيث تُعطى نقاط عن كل اختبار ، دقيق ومناسب لمستوى الجلوكوز ، كما جعلوا التقريظ الوالدى مصاحباً للقيام بالاختبار دون تنبيه أو تذكير عند إجرائه خلال دقيقة من الموعد المحدد له . وعلى الرغم من تحقق تحسن فى التحكم الذاتى والتحكم فى سكر الدم ، إلا أن العينه الصغيره (ثلاثة اطفال) والمتابعة المحدوده (أربعة اشهر) تحد من النتائج .

ولسوء الحظ .. فإن جوانب النقد هذه شائعة فى الكثير من الدراسات فى هذا المجال .

وهناك قضيه أخرى تتعلق بالمراهقين على وجه الخصوص هى الجزء من الدور الذى تلعبه ضغوط الأقران متسببة فى انحراف فى التحكم فى النظام العلاجى . وقد أدى ذلك بالبعض إلى تقييم التدريب

(1) Feedback .
(2) Token-economy .

على المهارات الاجتماعيه لتحسين المقاومة التوكيدية لمثل هذه الضغوط ، على الرغم من أن النتائج لايتوقع أن تكون إيجابية بالضرورة . مثال ذلك إن جروس وزملاءه (Gross et al . (1983 وجدوا تحسناً فى مستوى المهارات الاجتماعية لدى الاطفال بين ٩ - ١٢ سنة ، ممن شاركوا فى دراستهم ، دون وجود تحسن فى التحكم فى سكر الدم .

خلاصة وتوصيات :

تزايد خلال العقود القليلة السابقة ، وبصورة ثابتة ، الحجم النسبى للأمراض ، بما فى ذلك الأمراض المزمنة . ويصبح التغلب على الألم والمشكلات الجسمية والاجتماعية والانفعالية أكثر تعلقاً من الشفاء من المرض فى مثل هذه الحالات . وبالتالى يمكن توجيه التدخلات النفسية نحو تدبر الألم، ومساعدة المرضى وعائلاتهم على التغلب على الآثار الانفعالية والاجتماعية لكل من المرض وعلاجه ، ولتعزيز التدبر الذاتى فى إطار العلاج الطبى . وعلى الرغم من أن علماء النفس الأكلينيكيين أسهموا على نطاق واسع فى دراسة الألم وتدبره ، وبالأخص آلام أسفل الظهر ، إلا أن تدبر الألم المتعلق بالسرطان والتهاب المفاصل حظى بقدر أقل من الاهتمام . وعلى النقيض من ذلك ، قام عدد من الدراسات باختبار إمكانية تطبيق اساليب التدخل النفسى للمساعدة على التغلب على القلق والاكتئاب ، أو كليهما فى المرحله الحاده من المرض (مثال ذلك بعد الذبحة الصدرية) وفور تشخيص إمكانية وجود مرض مهدد للحياة (السرطان على سبيل المثال) ، وخلال مسار الامراض المزمنة (الربو مثلاً) . وقد برهنت التدخلات النفسية بالإضافة إلى ذلك على أنها مفيدة على وجه الخصوص فى مساعدة المرضى على التغلب على الآثار المناوئة للعلاج الطبى (مثال ذلك الغثيان والقئ المصاحبين للعلاج الكيميائى ، والقلق والهلع المصاحبين لغسيل الكلى) ، وفى تحسين التدبر الذاتى للمرض (فى السكر على سبيل المثال) . ويحتمل أن تكون أحد الأهداف الرئيسية لعلم النفس الصحى الأكلينيكى فى المستقبل تطوير تدخلات أخرى فعالة ؛ لمساعده الناس على التغلب على المترتبات النفسية للأمراض الجسمية وعلاجاتها . ويحتمل أن تتيسر بعض الدلالات الخاصة بمثل هذه التدخلات ؛ نتيجة للإسهام النشط لعلماء النفس الاكلينيكين فى مستويين : تفعيل الرعاية النفسية مع بداية تلقى الرعاية الطبية ، وتدريب المهنين الصحيين الآخرين على الأساليب النفسية لمساعدة المرضى المزمنين وعائلاتهم فى التغلب على المرض والعلاج .

References

Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. and Fifield, C. (1987) 'Appraisals of control and predictability in adapting to chronic disease', *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 273–9.

Ajzen, I. and Madden, T. J. (1986) 'Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control', *Journal of Experimental Social Psychology* 22: 453–74.

Ampofo-Boateng, K. and Thomson, J. A. (1989) 'Child pedestrian accidents: A case for preventive medicine', *Health Education Research* 5: 265–74.

Anderson, B. L., Anderson, B. and deProsse, C. (1989) 'Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: 1. Sexual functioning outcomes', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 683–91.

Anderson, K. O. and Masur, F. T. (1983) 'Psychological preparation for invasive medical and surgical procedures', *Journal of Behavioral Medicine* 6: 1–40.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: 'Toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review* 84: 191–15.

Batchelor, W. F. (1988) 'AIDS 1988: The science and the limits of science', *American Psychologist* 43: 853–8.

Becker, M. H. (ed.) (1974) 'The health belief model and personal health behavior', *Health Education Monograph* 2: 324–508.

Becker, M. H. and Joseph, J. G. (1988) 'AIDS and behavior change to reduce risks: A review', *American Journal of Public Health* 78: 394–410.

Becker, M. H. and Rosenstock, I. M. (1984) 'Compliance with medical advice', in A. Steptoe and A. Mathews (eds) *Health Care and Human Behaviour*, London: Academic Press.

Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenberger, R. S. Jr, Clark, D. G., Cooper, K. H. and Gibbons, L. W. (1989) 'Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women', *Journal of the American Medical Association* 262: 2395–401.

Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R. and McPherson, B. D. (1990) 'Exercise, fitness, and health: the consensus statement', in C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton and B. D. McPherson (eds) *Exercise, Fitness and Health*, Champaign, Ill.: Human Kinetics Press.

Brubaker, R. G. and Wickersham, D. (1990) 'Encouraging the practice of testicular self-examination: a field application of the theory of reasoned action', *Health Psychology* 9: 154–63.

Bukberg, J., Penman, D. and Holland, J. C. (1984) 'Depression in hospitalized cancer patients', *Psychosomatic Medicine* 46: 199–212.

Bulman, J. R. and Wortman, C. B. (1977) 'Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot', *Journal of Personality and Social Psychology* 35: 351–63.

Bundy, C. (1989) 'Cardiac disorders', in A. Broome (ed.) *Health Psychology: Process and Applications*, London: Chapman and Hall.

Burgess, I. S., Lerner, D. J., D'Agostino, R. B., Vokanas, P. S., Hartman, C. R. and Gaccione, P. (1987) 'A randomised control trial of cardiac rehabilitation', *Social Science and Medicine* 24: 359–70.

Burish, T. G. and Lyles, J. N. (1981) 'Effectiveness of relaxation training in reducing aversive reactions to cancer chemotherapy', *Journal of Behavioral Medicine* 4: 65–78.

Burish, T. G., Carey, M. P., Krozely, M. G. and Greco, F. A. (1987) 'Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: prevention through behavioral treatment', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 42–8.

Byrne, P. S. and Long, T. G. (1976) *Doctors Talking to Patients*, London: HMSO.

Carey, M. P. and Burish, T. G. (1988) 'Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion', *Psychological Bulletin* 104: 307–25.

Carney, R. M., Schechter, K. and Davis, T. (1983) 'Improving adherence to blood glucose testing in insulin-dependent diabetic children', *Behavior Therapy* 24: 247–54.

Caron, H. S. (1985) Compliance: 'The case for objective measurement', *Journal of Hypertension* 3 (Supplement 1): 11–17.

Crandall, L. A. and Duncan, R. P. (1981) 'Attitudinal and situational factors in the use of physician services by low income persons', *Journal of Health and Social Behavior* 22: 64–77.

Craun, A. M. and Deffenbacher, J. L. (1987) 'The effects of information, behavioral rehearsal, and prompting on breast self-exams', *Journal of Behavioral Medicine* 10: 351–65.

Cushman, L. A. (1986) 'Secondary neuropsychiatric complications in stroke: Implications for acute care', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 69: 877–9.

Dakof, G. A. and Mendelsohn, G. A. (1986) 'Parkinson's disease: the psychological aspects of a chronic illness', *Psychological Bulletin* 99: 375–87.

Dakof, G. A. and Mendelsohn, G. A. (1989) 'Patterns of adaption to Parkinson's disease', *Health Psychology* 8: 355–72.

Dakof, G. A. and Taylor, S. E. (1990) 'Victims' perceptions of social support: what is helpful to whom?' *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 80–9.

Dalton, J. A. and Feverstein, M. (1988) 'Biobehavioral factors in cancer pain', *Pain* 32: 137–47.

Davis, M., Vasterling, J., Bransfield, D. and Burish, T. G. (1987) 'Behavioral interventions in coping with cancer-related pain', *British Journal of Guidance and Counselling* 15: 17–28.

DiMatteo, M. R. (1985) 'Physician–patient communication: promoting a positive health care setting', in J. C. Rosen and L. J. Solomon (eds) *Prevention in Health Psychology*, Hanover, NH.: University Press of New England.

DiMatteo, M. R. and DiNicola, D. D. (1982) *Achieving Patient Compliance*, New York: Pergamon.

Dishman, R. K., Sallis, J. F. and Orenstein, D. R. (1985) 'The determinants of physical activity and exercise', *Public Health Reports* 100: 158–71.

Dubbert, P. M. (1992) 'Exercise in behavioral medicine', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 613–18.

Dunbar, J. M. and Agras, W. S. (1980) 'Compliance in medical instructions', in J. M. Ferguson and C. B. Taylor (eds) *Comprehensive Handbook of Behavioural Medicine, Vol. 3*, New York: Spectrum.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. and Falke, R. L. (1992) 'Patterns of coping with cancer', *Health Psychology* 11: 79–87.

Edelmann, R. J. (1992) *Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*, Chichester: John Wiley.

Feletti, G., Fireman, D. and Sanson-Fisher, R. (1986) 'Patient satisfaction with primary-care consultations', *Journal of Behavioral Medicine* 9: 389–400.

Felton, B. J., Revenson, T. A. and Hinrichsen, G. A. (1984) 'Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults', *Social Science and Medicine* 18: 889–98.

Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Massachusetts: Addison-Wesley.

Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R. and Shipley, M. (1988) 'Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis', *Social Science and Medicine* 27: 399–403.

Flora, J. A. and Thoresen, C. E. (1988) 'Reducing the risk of AIDS in adolescents', *American Psychologist* 43: 965–70.

Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L. and Colonese, K. L. (1989) 'Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model', *Health Psychology* 8: 175–93.

Garland, C., Barrett-Conner, E., Suaret, L., Criqui, W. H. and Wingard, D. L. (1985) 'Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers', *American Journal of Epidemiology* 121: 645–50.

Gauthier, J., Savard, F., Halle, J. P. and Dufour, L. (1985) 'Flooding and coping skills training in the management of dental fear', *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 14: 3–15.

Getka, E. J. and Glass, C. R. (1992) 'Behavioral and cognitive-behavioral approaches to the reduction of dental anxiety', *Behavior Therapy* 23: 443–8.

Goodall, T. A. and Halford, W. K. (1991) 'Self-management of diabetes mellitus: a critical review', *Health Psychology* 10: 1–8.

Goodenow, C., Reisine, S. T. and Grady, K. E. (1990) 'Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis', *Health Psychology* 9: 266–84.

Graydon, J. E. (1988) 'Factors that predict patients functioning following treatment for cancer', *International Journal of Nursing Studies* 25: 117–24.

Gross, A. M., Heimann, L., Shapiro, R. and Schulz, R. M. (1983) 'Children with diabetes: Social skills training and hemoglobin Alc levels', *Behavior Modification* 7: 151–64.

Gruen, W. (1975) 'Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 223–32.

Havik, O. E. and Maeland, J. G. (1990) 'Patterns of emotional reactions after myocardial infarction', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 271–85.

Hawley, D. J. and Wolfe, F. (1988) 'Anxiety and depression in patients with reumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients', *Journal of Rheumatology* 15: 932–41.

Haynes, R. E. (1976) 'A critical review of the "determinants" of patient compliance with therapeutic regimes', in D. L. Sackett and R. B. Haynes (eds) *Adherence, Compliance, and Generalization in Behavioral Medicine*, New York: Brunner/Mazel.

Heinrich, R. L. and Schag, C. C. (1985) 'Stress and activity management: group training for cancer patients and spouses', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 439–46.

Janz, N. K. and Becker, M. H. (1984) 'The health belief model: a decade later', *Health Education Quarterly* 11: 1–47.

Jeffery, R. W. (1989) 'Risk behaviors and health: contrasting individual and population perspectives', *American Psychologist* 44: 1194–202.

Jerremalm, A., Jansson, L. and Ost, L.G. (1986) Individual response patterns and the effects of different behavioural methods in the treatment of dental phobia', *Behaviour Research and Therapy* 24: 587–96.

Johnston, D. and Steptoe, A. (1989) 'Hypertension', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: BPS Books/Oxford University Press.

Joseph, J. G., Montgomery, S. B., Emmons, C., Kessler, R. C., Ostrow, D. G., Wortman, C. B., O'Brien, K., Eller, M. and Eshleman, S. (1987) 'Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS', *Psychology and Health* 1: 73–96.

Kannel, W. B. and Eaker, E. D. (1986) 'Psychosocial and other features of coronary heart disease: Insights from the Framingham Study', *American Heart Journal* 112: 1066–73.

Keesling, B. and Friedman, H., S. (1987) 'Psychosocial factors in sunbathing and sunscreen use', *Health Psychology* 6: 477–93.

Kiecolt-Glaser, J. K. and Williams, D. A. (1987) 'Self-blame, compliance, and distress among burn patients', *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 187–93.

Kirscht, J. P. (1983) 'Preventive health behavior: a review of research and issues', *Health Psychology* 2: 277–301.

Kleinknecht, R. A. and Bernstein, D. (1978) 'Assessment of dental fear', *Behaviour Research and Therapy* 9: 626–34.

Klepac, R. K. (1975) 'Successful treatment of avoidance of dental work by desensitization or increasing pain tolerance', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6: 307–10.

Koplan, J. P., Caspersen, C. J. and Powell, K. E. (1989) 'Physical activity, physical fitness, and health: time to act', *Journal of the American Medical Association* 262: 2437.

Korsch, B. M., Gozzi, E. K. and Francis, V. (1968) 'Gaps in doctor–patient communication: 1. Doctor–patient interaction and patient satisfaction', *Journal of Pediatrics* 42: 855–71.

Krantz, D. S. and Deckel, A. W. (1983) 'Coping with coronary heart disease and stroke', in T. G. Burish and L. A. Bradley (eds) *Coping with Chronic Disease: Research and Applications*, New York: Academic press.

Langosch, W. (1984) 'Behavioural interventions in cardiac rehabilitation, in A. Steptoe and A. Mathews (eds) *Health Care and Human Behaviour*, London: Academic Press.

Ley, P. (1988) *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance*, London: Croom Helm.

Ley, P. (1989) 'Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance', in A. Broome (ed.) *Health Psychology: Process and Applications*, London: Chapman & Hall.

Littlefield, C. H., Rodin, G. M., Murray, M. A. and Craven, J. L. (1990) 'Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes', *Health Psychology* 9: 737–49.

Long, C. L. (1989) 'Renal care', in A. Broome (ed.) *Health Psychology: Process and Applications*, London: Chapman & Hall.

Ludwick-Rosenthal, R. and Neufeld, R. W. J. (1988) 'Stress management during noxious medical procedures: An evaluative overview of outcome studies', *Psychological Bulletin* 104: 326–42.

McCulloch, D. K., Mitchell, R. D., Ambler, J. and Tattersall, R. B. (1983) 'Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin dependent diabetes', *British Medical Journal* 28: 1858–61.

Maeland, J. G. and Havik, O. E. (1987) 'Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction', *Journal of Psychosomatic Research* 31: 471–81.

Manstead, A. S. R., Proffitt, C. and Smart, J. L. (1983) 'Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action', *Journal of Personality and Social Psychology* 44: 657–71.

Marteau, T. M., Bloch, S. and Baum, J. D. (1987) 'Family life and diabetes control', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28: 823–33.

Matorazzo, J. D. (1980) 'Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology', *American Psychologist* 35: 807–17.

Mattson, M. E., Pollack, E. S. and Cullen, J. W. (1987) 'What are the odds that smoking will kill you?' *American Journal of Public Health* 77: 425–31.

Mays, V. M. and Cochran, S. D. (1988) 'Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by Black and Hispanic/Latino women', *American Psychologist* 43: 949–57.

Moos, R. H. (1977) *Coping with Physical Illness*, New York: Plenum.

Morin, S. F. (1988) 'AIDS: The challenge to psychology', *American Psychologist* 43: 838–45.

Morrow, G. R. (1986) 'Effect of the cognitive hierarchy in the systematic desensitisation of anticipatory nausea in cancer patients: a component comparison with relaxation only, counselling and no treatment', *Cognitive Therapy and Research* 10: 421–66.

Morrow, G. R. and Dobkin, P. L. (1988) 'Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: prevalence, etiology, and behavioral interventions', *Clinical Psychology Review* 8: 517–56.

Morrow, G. R., Lindke, J. and Black, P. M. (1991) 'Anticipatory nausea in cancer patients: Replication and extension of a learning model', *British Journal of Psychology* 82: 61–72.

Nail, L. M., King, K. B. and Johnson, J. E. (1986) 'Coping with radiation treatment for gynecologic cancer: Mood and disruption in usual function', *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 5: 271–81.

Neuling, S. J. and Winefield, H. R. (1988) 'Social support and recovery from breast cancer: Frequency and correlates of supportive behavior by family, friends and surgeon', *Social Science and Medicine* 27: 385–92.

O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K. and Holman, H. R. (1988) 'A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis', *Health Psychology* 7: 527–44.

Osborn, J. E. (1988) 'The AIDS epidemic: six years', in L. Breslow, J. E. Fielding and L. B. Lave (eds) *Annual Review of Public Health, Vol. 9*, Palo Alto, Calif. :Annual Reviews.

Partridge, C. J. and Johnston, M. (1989) 'Perceived control and recovery from stroke', *British Journal of Clinical Psychology* 28: 53–60.

Redd, W. H., Jacobson, P. B., Die-Trill, M., Dermatis, H., McEvoy, M. and Holland, J. (1987) 'Cognitive/attentional distraction in the control of conditioned nausea in paediatric cancer patients receiving chemotherapy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 391–5.

Rodin, G. and Voshart, K. (1986) 'Depression in the medically ill: an overview', *American Journal of Psychiatry* 143: 696–705.

Rosenbaum, M. and Palmon, N. (1984) 'Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 244–53.

Sackett, D. L. and Snow, J. C. (1979) 'The magnitude of compliance and non-compliance', in R. B. Haynes, D. W. Taylor and D. L. Sackett (eds) *Compliance in Health Care*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Safer, M. A., Tharps, Q. J., Jackson, T. C. and Leventhal, H. (1979) 'Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic', *Medical Care* 17: 11–29.

Saile, H., Burgmeier, R. and Schmidt, L. R. (1988) 'A meta-analysis of studies of psychological preparation of children facing medical procedures', *Psychology and Health* 2: 107–32.

Schulz, R. and Decker, S. (1985) 'Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame', *Journal of Personality and Social Psychology* 48: 1162–72.

Shekelle, R. B., Hulley, S. B., Neaton, J. D., Billings, J. H., Borhani, N. O., Gerace, T. A., Jacobs, D. R., Lasser, N. L., Mittlemark, M. B. and Stamler, J. (1985) 'The MRFIT behavior pattern study: II. Type A behavior and incidence of coronary heart disease', *American Journal of Epidemiology* 122: 559–70.

Shillitoe, R. W. (1988) *Psychology and Diabetes: Psychosocial Factors in Management and Control*, London: Chapman & Hall.

Solomon, M. Z. and DeLong, W. (1986) 'Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implication for AIDS health education', *Health Education Quarterly* 13: 301–16.

Stall, R. D., Coates, T. J. and Hoff, C. (1988) 'Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men', *American Psychologist* 43: 878–85.

Stern, M. J., Pascale, L. and Ackerman, A. (1977) 'Life adjustment post-myocardial infarction: determining predictive variables', *Archives of Internal Medicine* 137: 1680–85.

Stone, G. C. (1991) 'An international review of the emergence and development of health psychology', in M. Jansen and J. Weinman (eds) *The International Development of Health Psychology*, Reading, UK: Harwood Academic Publishers.

Taylor, S. E., Lichtman, R. R. and Wood, J. V. (1984) 'Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer', *Journal of Personality and Social Psychology* 46: 489–502.

Thompson, D. R. and Meddis, R. (1990) 'A prospective evaluation of in-hospital counselling for first time myocardial infarction men', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 327–48.

Thompson, D. R., Webster, R. A., Cordle, C. J. and Sutton, T. W. (1987) 'Specific sources and patterns of anxiety in male patients with first time myocardial infarction', *British Journal of Medical Psychology* 60: 343–8.

Turnquist, D. C., Harvey, J. H. and Anderson, B. L. (1988) 'Attributions and adjustment to life-threatening illness', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 55–65.

Verbrugge, L. M. (1985) 'Gender and health: an update on hypotheses and evidence', *Journal of Health and Social Behavior* 26: 156–82.

Wallston, B. S., Alagna, S. W., De Vellis, B. and De Vellis, R. F. (1983) 'Social support and physical health', *Health Psychology* 2: 367–91.

Warwick,. M. C. and Salkovskis, P. M. (1990) 'Hypochondriasis', *Behaviour Research and Therapy* 28: 105–17.

Watson, M. and Marvell, C. (1992) 'Anticipatory nausea and vomiting among cancer patients: a review', *Psychology and Health* 6: 97–106.

Weinstein, N. D. (1982) 'Unrealistic optimism about susceptibility of health problems', *Journal of Behavioral Medicine* 45: 441–60.

Weinstein, N. D. (1987) 'Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample', *Journal of Behavioral Medicine* 10: 481–500.

Weinstein, N. D. (1988) 'The precaution adoption approach', *Health Psychology* 7: 355–86.

Weisenberg, M., Kegeles, S. S. and Lund, A. K. (1980) 'Children's health beliefs and acceptance of dental preventive activity', *Journal of Health and Social Behavior* 21: 59–74.

Wells, J. K., Howard, G. S., Nowlin, W. F. and Vargas, M. J. (1986) 'Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 831–5.

Wing, R. R., Epstein, L. H ., Nowalk, M. P. and Lamparski, D. M. (1986) 'Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus', *Psychological Bulletin* 99: 78–89.

Worden, J. W. and Weisman, A. D. (1984) 'Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients', *General Hospital Psychiatry* 6: 243–9.

Wortman, C. B. and Dunkel-Schetter, C. (1979) 'Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis', *Journal of Social Isues* 35: 120–55.

Wurtele, S. K. and Maddux, J. E. (1987) 'Relative contribution of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior', *Health Psychology* 6: 453–66.

Yorkston, N. J., McHugh, R. B., Brady, R., Serber, M. and Sergeant, H. G. S. (1974) 'Verbal desensitization in bronchial asthma', *Journal of Psychosomatic Research* 18: 371–6.

Zich, J. and Temoshok, L. (1987) 'Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: Relationships with distress and hardiness', *Journal of Applied Social Psychology* 17: 193–215.

Zola, I. K. (1973) 'Pathways to the doctor – from person to patient', *Social Science and Medicine* 7: 677–89.

الفصل السادس والعشرون

فحص اضطرابات الأكل والوزن

Disorders of eating and Weight

جين واردل Jane Wardle

الفصل السادس والعشرون

فحص اضطرابات الأكل والوزن

جين واردل Jane Wardle

مقـــــدمة

يعد الوزن مهمًا فى حضارتنا، بالنسبة للنساء على وجه الخصوص. ورغم وقوع الأشخاص الذين يتصفون بالبدانة (١) والأخرون فاقدى الشهية (٢) على النهايتين العكسيتين لمتصل الوزن، إلا أنهم معًا قد يكونون ضحايا التوقعات الحضارية للجسم النحيل (٣). وقد ضُم لهذين الاضطرابين من اضطرابات الأكل الشره العصبى للطعام (٤) ، والذى يتسم صاحبه بنمط أكل يتخطى بشكل متطرف القيود الغذائية مع نوبات من الأكل بشراهة.

وترتبط كل من البدانة وفقدان الشهية والشره العصبى بمخاطر جسمية صحية ، وبانخفاض فى الملائمة النفسية.

وتشير البحوث حول العمليات النفسية التى تقف خلف هذه الاضطرابات إلى عدد من الخصائص العامة وبعض الفروق ؛ فالصورة الجسمية السلبية مشتركة فى المجموعات الثلاثة، وكذلك إدمان التقيد الغذائى، على الرغم من كونه غير ناجح بالضرورة، بالإضافة إلى أنماط الأكل وممارسة الرياضة ، والتى دائمًا ما تكون غير سوية، وكذلك الإحساس بالجوع. كما تكون الشهية والإحساس بالشبع مضطربين. وكل هذه المشكلات أكثر شيوعًا لدى النساء بشكل لافت للنظر، وغالبًا ما يكون مرضى فقدان الشهية والشره العصبى من الإناث، وتسعى الكثير من النساء مقارنة بالرجال للحصول على المساعدة المهنية أو التجارية لخفض أوزانهن. وتســهم هذه الفروق الجنســية بشكل عام فى تأكيد حقيقة أن الضغوط الاجتماعية للقوام النحيل تقع بقدر كبير على النساء ، مؤدية إلى ما وصف على أنه «طغيان رشاقة القوام» (١) (Chernin, 1983) . والقليل من النساء يفلتن من هذه الضغوط .؛ لذا فالصورة الجسمية السلبية ومحاولات التحكم فى الوزن شائعة بين صاحبات الوزن العادى (Dwyer et al., 1970; Warlde and Marsland, 1990) ولدى الكثير من النساء مقاييس جسم أفضل بكثير من المقاييس النموذجية للموضة، ويحتمل أن تكون أفضل أيضًا من المقاييس الطبية النموذجية. وعلى الرغم من ذلك فإن محاولات المجاراة للوصول إلى مقاييس نموذجية يمكن أن تؤدى إلى مخاطر كبيـرة لفقـدان الشـهية أو الشره أو البدانة. (Wooly et al., 1979; Garner, 1985; Wardle, 1988; Brownell, 1991).

(1) Obesity.
(2) anorexics.
(3) Thin.
(4) bulimia norvosa.
(5) Tyranny of slenderness.

ويتضمن التقييم الأكلينيكى فى مجال الوزن، كما هو الحال فى المجالات الأخرى،محاولة لتوفير وصف موضوعى ومنظم للشخص المريض. وبداية قد يكون ذلك جزءاً من عمليات التشخيص، إلا أنه يوفر أيضاً البيانات القاعدية ، التى يمكن أن تبدأ منها خطة علاج وأية تغييرات يتعين تقييمها. ويجرى التحقق اللفظى فى الممارسة الأكلينيكية ، من خلال مقابلة مع المريض والأخباريين الأخرين ، والذى يعد الأسلوب الأساسى الذى تعد كل أساليب التقدير الأخرى مكمله له. ويمكن استخدام المقابلة المقننة أو بطاريات الاختبارات مثل «فحص اضطرابات الأكل» (١) (Cooper and Fairburn, 1987) ، والمقابلة لتشخيص اضطرابات الأكل (Williamson, 1990) أو استخبار ستانفورد لاضطرابات الأكل (٢) (Agras, 1987) لجمع المعلومات بطريقة نظامية ، وهو ملائم لاستخدام القائمين بالمقابلة الأقل خبرة. وللأختبارات المقننة مثل بطارية اضطرابات الأكل (٣) (Garner, 1991) أو الاستخبار المعرفى لفاقدى الشهية (٤) (Mizes and klesgas, 1990) مكانة أوضح فى مواقف البحث، إلا أنها يمكن أن تسهم بشكل مفيد فى جمع البيانات فى الموقف الأكلينيكى. وأخيراً فإن الفحص الطبى من الأمور الضرورية دائماً فى مثل هذه الحالات ذات الأعراض الجسمية والنفسية ،وتشير هذه المناهج العريضة فى الفحص إلى المجالات النوعية، التى تتطلب فحوصا تفصيلية باستخدام اختبارات معرفية، ومقاييس تقدير وسجلات سلوكية.

فحص البدانة

خلفية :

هناك إجماع على نطاق واسع على أن البدانة المفرطة تعد إحدى المشكلات الصحية الكبرى فى القرن العشرين فى العالم الغربى. وتعريف البدانة تحكمى بشكل ما لأن سمنة الجسم متغير متصل. وترتبط الزيادة فى الوزن التى تصل إلى ٢٠ فى المئة من الوزن ، أو تزيد عن ذلك بالقابلية المؤكدة لكل من المرض والموت (Mayer, 1968; National Institute of Health, 1985; Jeffery, 1992) ومن المعروف الآن أن توزيع الدهون فى الجسم وإجمالى الدهون فيه يرتبطان باحتمالات التعرض للأمراض. ويبدو أن المستويات المرتفعة من دهون البطن تحمل مخاطر أشد من مخاطر الدهون الموزعة على الأطراف (Björntorp, 1988) ، وقد يساعد هذا الأمر فى تفسير الفروق فى العلاقة بين البدانة والمرض لدى كل من الرجال والنساء، طالما أن الاحتمال الأكبر هو أن بدانة الرجال مركزية بينما بدانة النساء طرفيه. وكانت الجوانب الأخرى التى جذبت اهتماماً متزايداً هى تغيرات الوزن. وكان ليسنر وزملاؤه Lissner et al. (1988) وهام وزملاؤه Ham et al. (1989) من بين عدد من الباحثين ، الذين أوضحوا أن التغيرات الكبيرة فى الوزن تزيد من مخاطر أمراض الشرايين التاجية. ويتعين تقييم هذه النتائج فى الوقت الراهن بحذر طالما أنها نتائج مستعرضة (٥) وليست تجريبية ، وعلى الرغم من ذلك يجب أن تزيد من الأهتمام بأن العلاجات الفعالة على المدى القصير وغير الفعالة على المدى البعيد (وبالتالى تنشط دوره الزيادة والنقص فى الوزن) يمكن أن تكون مؤذية للصحة (Wing, 1992)

ويعد تقييم التاريخ العائلى من الأمور المهمة أيضاً، طالما أن الكثير من الدراسات توحى أن هناك مكوناً وراثياً فى تباين الوزن (Stunkard et al., 1986) ووجود تاريخ عائلى إيجابى فى حالة فردية لايمكن أن يؤدى إلى تضمين أسباب وراثية، كما قد لا تكون له آية دلالة فى العلاج. وعلى الرغم من ذلك،

(1) Eating Disorder Examination.
(2) Stanford Eating Questionnaire
(3) Eating Disorder Inventory.
(4) Anorexic Cognitions Questionnaire.
(5) Cross - Sectional.

فمن منظور المريض ، يكون من المهم فهم أن حجم الجسم الكبير يمكن أن يكون خاصية موروثة .

وتشير الدراسات الوبائية فى أغلب الدول الغربية إلى ارتباط البدانة بالعمر، والجنس، والطبقة الاجتماعية (Osancová and Hejda, 1975, Sabel and Stunkard, 1989) كما وجد سيلفرستون (Silverstone (1968) أن ٥٢ فى المئة من الرجال، ٦٦ فى المئة من النساء فى عينة ممارسة عامة كانوا يزنون أكثر من الوزن النموذجي لهم بنسبة ١٥ فى المئة على الأقل. وهناك تزايد فى الوزن ملفت للانتباه مع العمر لدى النساء على وجه الخصوص. وكان انتشار البدانة فى العقد الخامس أكثر من ضعف ما كان عليه فى العقد الثالث. وبالمثل كان انتشار البدانة فى الطبقات الأجتماعية الرابعة والخامسة ، أكثر من ضعف ما هو عليه فى الطبقات الأجتماعية الأولى والثانية والثالثة. وتتمثل الدلالة الأكلينيكية للبدانة فى تحديدها باعتبارها عامل خطورة لعدد كبير من المشكلات الطبية ؛ فالتوتر المفرط والزيادة فى نسبة الكلسترول فى الدم [1] وأمراض المرارة [2] والتهاب عظام المفاصل [3] والسكر أكثر شيوعا وأكثر خطورة لدى البدناء (Bray, 1976; National. Institute of Health, 1985) ويمكن للبدانة أن تؤدى إلى مخاطر أضافية بالنسبة للمدخنين أو للأشخاص أصحاب التاريخ الأسرى لأمراض الشرايين التاجية. وتنبع الدلالة النفسية للبدانة من النظرة الحضارية التى تعتبرها غير جذابة ومقللة من الشعبية ، وتؤدى إلى التمييز المهنى والطبى. وقد تبين دائمًا أن صورة الذات ضعيفة لدى الأشخاص المتسمين بالبدانة .

تقييم دهون الجسم

يشير تعبير البدانة إلى زيادة فى دهون الجسم، وهى زيادة لا يمكن قياسها فى حد ذاتها. وهناك عدد من الأساليب المتاحة والمختلفة لتقدير الدهون، غير أن كل أسلوب منها يشوبه بعض القصور. وأسهل الطرق المستخدمة هى التى يتم فيها قياس الوزن ، والذى يتعين اجراؤه بميزان ذى رافعة وليس لولبًا . وعلى الرغم من ذلك فإن الوزن ليس مقياسًا مباشراً للسمنة ؛ حيث يتضمن كتلة الجسم غير الدهنية وبالتالى يتعين استخدام معادلة تحويل وكثيرا ما يستخدم أسلوب المقارنة بأوزان معيارية للأطوال المختلفة وفق المعايير العامة لجداول شركات التأمين الخاصة بالوزن المرغوب فيه، أى الأوزان المرتبطة بأدنى معدلات للوفيات (Metropolitan Life Insurance, 1983). ومن المعتاد فى حالة الأطفال المقارنة ببيانات معيارية للطول والوزن (Falkner, 1962). وتستخدم عديداً من المسوح الخاصة بدراسات الانتشار ، معدل الطول والوزن باعتباره مؤشراً لكتلة الجسم [4] (Florey, 1970) وعندما يكون الطول (ط) مقاسا بالأمتار والوزن (و) مقاسا بالكيلو جرامات. فإن المعدل و/ط٢ يوفر تقديراً جيداً لسمنة الجسم، وتنطبق القيمة نفسها على الراشدين من الرجال والنساء. وتعد مستويات مؤشر كتلة الجسم (BMI) التى تزيد عن ٢٥ مؤشراً على زيادة فى الوزن، والتى تزيد عن ٣٠ تشير إلى البدانة. وتتضمن كل الإجراءات التى تعتمد على تقدير الوزن قصوراً ، يتمثل فى صعوبة إيجاد طريقة لأخذ بنية الجسم فى الاعتبار. وحتى جداول التأمين المنظمة وفق حجم محيط الجسم تتضمن فقط محكات عامة للقيام بمثل هذه الأحكام ، اعتمادا على المسافة بين المرفقين.

وهناك تقدير مباشر أكثر للسمنة يمكن الحصول عليه ، من خلال قياس مدى اكتناز ثنيات الجلد. وحيث يستخدم عمق الدهون اسفل الجلد بوصفه مؤشراً على إجمالى الدهون فى الجسم. ويوجد عدد من

(1) Hypercholesterolemia.
(2) Gall Bladder.
(3) Osteoartritis.
(4) Body Mass Index (BMI)

المواضع يمكن أخذ مثل هذه القياسات منها. وأكثرها شيوعًا هو عضلة مؤخرة الفخذ [(١)] والعضلة الثلاثية فى مؤخرة العضد [(٢)] ، ولوح الكتف [(٣)] وفوق الحرقفة [(٤)] ، ووحدات المعايرة المصممة خصيصًا لهذه القياسات متاحة، ويمكن استخدامها وفق تعليمات وإجراءات دقيقة للغاية. (Grimes and Franzini, 1977). ويمكن فى هذه الحالة مقارنة القياسات بجداول معيارية ، مثل تلك المشار إليها لدى دورين وومرسلى (Durin and womersley (1974 وعلى الرغم من ذلك ، فمن الصعب للغاية الحصول على قياسات موثوق فيها للمرضى الأكثر بدانة. وعادة ما يكون التقدير البسيط لمحيط الجسم (الخصر والأرداف) مفيداً بالقدر نفسه. وفى ضوء الملاحظات حول كون السمنة البطنية أو المركزية أكثر خطراً على الصحة على وجه الخصوص، فإن التقديرات الخاصة بتوزع الدهون تعد مفيدة بالمثل. ونسبة محيط الخصر إلى محيط الأرداف هى المستخدمة فى الوقت الراهن، وعندما تزيد النسبة عن واحد يكون ذلك مؤشراً على البدانة أو التكرش.

تقييم سلوك الأكل

تنشأ البدانة عن عدم توازن بين طاقة المدخلات وطاقة المخرجات، غير أنه طالما أن الجهود النظرية والعلاجية مكرسة على نطاق واسع على المدخلات ، أصبح يعتقد أن البدانة تنشأ عن إفراط فى تناول الطعام. ويرجع هذا الإفراط فى حد ذاته إلى عادات أكل خاطئة، وأخطاء فى ميكانيزمات الشبع. ويُعتقد أن الشخص البدين يأكل بنهم، ومرات كثيرة، وبسرعة كبيرة. وتعتمد التوقعات العلاجية السلوكية على وجهة النظر هذه (Mahoney, 1975) . وقد أمكن الحصول على الدليل الرئيسى لما يسمى «نمط أكل البدين» [(٥)] ، من خلال سلسلة من الدراسات المعملية (Schachter and Rodin, 1974) ، أجريت على طلاب جامعيين ، وطُور من خلالها مفهوم الخارجية [(٦)] . والخارجية أساساً عبارة عن حساسية مفرطة للمؤشرات الخارجية للأكل مختلطة بنقص فى الحساسية لمؤشرات الشبع الداخلية. ومن المعتقد أن هذا هو تفسير افراط البدين فى الطعام، وعلى الرغم من ذلك فإن البحوث الطبيعية على أنماط أكل البدناء غالبا ما فشلت تماما فى تأكيد هذه النتائج المعملية. فنوع الطعام وسرعة تناوله ومرات التناول نادراً ما ميزت بين مجموعات الأفراد البدناء والأسوياء (Kissileff et al., 1978) ، وبالتالى أصبح وجود نمط نوعى للأكل لدى الأشخاص البدناء موضع شك، ولا يمكن افتراض دلالة مرضية له. والنتيجة المستخلصة من تعدد مرات تناول الطعام هى أن الشخص البدين يأكل فى المتوسط قدرا لا يزيد عما يأكله نظيره صاحب الوزن العادى (Garrow, 1974; Braitman et al. 1985) ، ويتفق أغلب الباحثين الآن على أن الإفراط فى الأكل، بمعنى الأكل أكثر من المعتاد بالنسبة للمجموعة الاجتماعية لايمكن افتراض أنه سمة عامة لدى كل الأشخاص البدناء، وأحد الاحتمالات هو أن الطاقة الممتصة مرتفعة فى المرحلة النشطة، ولكن ما أن يستقر وزن الشخص حتى يهبط مقدار الطاقة الممتصة إلى المستويات السوية ، وتجتذب المكونات الغذائية فى حمية الأشخاص البدناء اهتماماً متزايداً فى ضوء الدلائل على أن الحمية تتضمن خطر أمراض الشرايين التاجية. والعديد من خصائص الحمية متضمنة فى مخاطر المرض بما فى

(1) Biceps.
(2) Triceps.
(3) Sub - Scapular.
(4) Supra - illiac.
(5) Obese Eating Style.
(6) Externality.

ذلك كمية الدهون التى يتم تناولها ومعدلات الدهون المهجنة [١] بالنسبة للدهون المتعددة غير المهجنة، واستهلاك الأطعمة ذات الألياف والفواكه والخضرات والفيتامينات. وهناك بعض الدلائل – من حيث العلاقة بالوزن – على أن الاستهلاك المرتفع للدهون يؤدى إلى زيادة الوزن (Schutz et al., 1989). ويصبح من الأمور المهمة – فى ضوء هذا – تقييم الحمية بصورة أكثر شمولاً، وذلك باستخدام تحليل ليوميات الوجبات وسجل لتكرار مرات تناول الطعام. وفى أى من الحالتين يحتمل أن تصبح النصيحة التى يقدمها أخصائى التغذية جوهرية.

ويصبح تقيم الطاقة المدخلة، مع نمط تناول الطعام من القضايا ذات الأهمية العملية فى الموقف الأكلينيكى أكثر من كونها قضية تشخيصية، كما أن تقييما شاملا لاستهلاك الطعام ضرورى لتحديد ما إذا كانت هناك تغيرات يتعين إجراؤها وأين تُجرى. ومثاليا يتعين تسجيل كمية الطعام المستهلكة بواسطة ملاحظ خارجى، إلا إن القيام بذلك احتمال ضعيف. والأداة المناسبة للتقدير هى اليوميات التى تنظم عادة لتوفير معلومات حول الوقت، والمكان، وكمية الطعام وظروف الأكل. ويعرض الجدول رقم (١–٢٦) مثالاً لهذه اليوميات. وتعد السجلات الدقيقة لكمية الأكل/ الوزن شكل نموذجى من وجهة نظر أخصائى التغذية، إلا أن القليل من المرضى من هم على استعداد لأستخدامها. ومن المرجح أيضاً أن تكون استجابيتها عالية أى أن إجراءات القياس ستؤثر فى المعلمات التى يجرى قياسها.

ويمكن استخدام جداول السعرات الحرارية، وبعض التقديرات لكمية السعرات الحرارية، اعتماداً على سجلات اليوميات إذا كان ذلك ضرورياً.

والنقد الأساسى الذى يوجه لملاحظة الشخص لذاته بوصفها طريقة للتقييم هى إمكانية الخداع، ويثور جدل حول أن الشخص البدين يأكل بطريقة لاشعورية وبالتالى لا يستطيع أن يسجل أكلاته. وهناك بالطبع عامل قوى متضمن للجاذبية الاجتماعية وكل الملاحظات الذاتية، مهما كان نوعها، ذات أثار استجابية. وعندما يكون هناك احتمال وجود شخص أخر يعيش مع المريض أو يأكل معه، فيمكن الاستعانة به لتأكيد ما يذكره المريض فى سجل يومياته الخاص. ويعتمد الفشل أو النجاح فى هذا المسعى على وجود حليف علاجى يعمل مع كل من المريض والمعالج، وعلى ميزة وضوح التقارير الصحيحة للمريض. ويتعين بالمثل تقييم أنماط تناول الطعام، ويتضمن هذا التقييم الإجابة على متى وأين يستهلك الطعام والظروف الخاصة بذلك (الحالات المزاجية والمواقف)، والتى تشجع على الأكل. ويمكن الحصول على هذه المعلومات من السجلات اليومية على الرغم من تطوير بعض المقاييس السيكومترية. ويحاول الكثير من البدناء وكذلك أصحاب الوزن العادي تنظيم أساليب جديدة لتناول الطعام، تتوافق مع القواعد المعرفية حول تجنب زيادة الوزن، والتى يطلق عليها قيود الحمية [٢] أو القيود الغذائية (Herman and Meck, 1975) ذات الدلالة فى بعض الأنماط غير السوية للأكل، التى ترد فى تقارير الأشخاص البدناء (Hibscher and Herman, 1977; Wardle, 1988) ويذكر أيضًا أن الإفراط فى تناول الطعام أو الانفعالية فى تناوله تؤدى إلى وقف الكف الخاص بالقيود الغذائية، وحيث تنطلق الحاجات الأكل القوية؛ نتيجة للتوتر الناتج عن الإغراء. وفى ضوء الدور المحتمل لهذه القيود باعتبارها عنصراً سببياً للإفراط فى الطعام قد يكون من المهم قياس القيود الغذائية، ويمكن ذلك باستخدام المقياس الأصلى للقيود [٣] (Polivy et al., 1978) أو باستخدام أحد الاستخبارات التى تتضمن مقياساً لإعادة التدريب على الأكل.

(1) Saturated fat
(2) Dietary restraint.
(3) Original Restraint Scale.

جدول (١ - ٢٦) : نموذج تسجيل الوجبات .

الوقت	المكان/ والرفقة أو الصحبة	معدل الجوع	الطعام المستهلك	معدل الشبع

مثل استخبارعوامل الأكل الثلاثة (١)، أو الاستخبار الألمانى لسلوك الأكل (٢)(Van strien et al., 1986; Wardle, 1987 a) ومازالت المؤشرات الخارجية والانفعالية تقاس حتى الأن مبدئيا من خلال السجلات اليومية، غير أن كلاً من المقياس الألمانى لسلوك الأكل واستخبار عوامل الأكل الثلاثة يتضمنان مقاييس لتقدير ثلاثة مجالات للإفراط فى الطعام فى الحياة اليومية. وقد تكون هذه الطريقة عملية أكثر لتعرف نمط تناول الفرد للطعام.

الشـــــهية

إحدى وجهات النظر الشائعة هى أن البدناء يفشلون فى تعرف المؤشرات الداخلية للجوع والشبع، وبالتالى يكون تناولهم للطعام غير محكوم بالميكانيزمات السوية (Schachter and Robin, 1974) وتوفر البحوث المبكرة دعمًا لهذه الوجهة من النظر (Stunkard and Fox, 1971). إلا أن سلسلة التجارب الممتازة التى قامت بها وولى Wooley وزملاؤها أوضحت أن القليل من الأفراد ودون اعتبار لوزنهم هم الحساسون للسعرات الحرارية المتضمنة فى الأكل الذى يأكلونه (Wooley and Wooley, 1975). وقد فشلت تقديرات الإحساس بالامتلاء بعد تناول الطعام. والشعور بالجوع فى الأوقات المختلفة بعد الأكل، وكمية الطعام التى أستهلكت فى الوجبة التالية فى التميز بين كمية السعرات المرتفعة والمنخفضة ، التى تم استهلاكها سواء لدى المفحوصين البدناء أو الأسوياء. وكان الاستثناء الوحيد هو الاستجابة اللعابية للأطعمة ذات المذاق ، والتى ظلت مرتفعة لدى المفحوصين البدناء بعد شبع المفحوصين من ذوى الأوزان السوية. (Wooley et al., 1975) وعلى الرغم من ذلك فقد فشلت هذه الدراسة بالمثل فى ضبط تأثير القيود الغذائية ، وعندما وضعت هذه القيود فى الاعتبار، أظهرت النتائج أن الملتزمين بحمية معينة من أصحاب كل الأوزان كانت استجاباتهم اللعابية غير سوية ، بما يوحى بأن القيود الغذائية يمكن أن تؤدى إلى اضطراب ميكانيزمات الشهية (Klajner et al., 1981)

ودائمًا ما يذكر أصحاب صعوبات التحكم فى أكلهم التهافت على الطعام ، أو على طعام معين. ويحتمل أن يكون التهافت على الشيكولاته هو الأكثر انتشاراً والذى فُسر فى بعض الأحيان فى إطار السلوك الإدمانى. وإذا ذكر الشخص تهافتًا على الطعام ، وكان ذلك مصدراً لمشكلة ، فيتعين فى هذه

(1) Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)
(2) The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ).

الحالة تسجيله بطريقة منظمة فى نموذج التسجيل. ويتعين أن تتجه الجهود العلاجية نحو تطوير استجابات شهية توافقية. وبالتالى يجب الدعوة لتقييم بعض متغيرات الشهية ، وأكثر الأساليب التقليدية المتبعة فى هذا الشأن هى أن يتم إضافة تقديرات الجوع والامتلاء لسجلات تناول الطعام (أنظر جدول ١– ٢٦)، بالإضافة إلى ضرورة الحصول على تقييم تفصيلى . لدى إدراك المريض للإحساسات الداخلية بالجوع ، وذلك باستخدام بطارية لأعراض الجوع مثل تلك التى صممها جارفينكل (Garfinkel (1974)

استهلاك الطاقة

على العكس من استهلاك الطعام، حظى استهلاك الطاقة بعناية قليلة فى التراث العلاجى. ويستخدم القدر الأكبر من الطاقة المكتسبة فى تجديد عمليات الأيض (الهدم والبناء) إلى حد بعيد مثل تنظيم الحرارة، وفى النشاط العضلى الذى يحصل على نصيب يقل عن ثلث كمية الطاقة لدى الراشدين الأسوياء. وتشير المقارنات التى أجريت فى الماضى بين البدناء والأسوياء إلى احتمال أن تكون معدلات الأيض أقل لدى البدناء، ولدى أولئك الذين يحدون من استهلاكهم للطعام على وجه الخصوص (Bray, 1969) ، كما ذُكر أيضًا أن الأشخاص البدناء ، ربما يفتقدون للوسائل الأيضية لإحراق الكمية الزائدة من الطعام المستهلك، أى الحمية الباعثة للحرارة (Shetty et al., 1981). وقد وجدت معدلات أيضية مرتبطة باكتساب الوزن الكبير ، خلال عمليات المتابعة (Ravussin et al., 1988) وعلى الرغم من ذلك، توصلت إحدى الدراسات القليلة ، التى أجريت حول استهلاك الطاقة على المدى الطويل لدى الجمهور العام، إلى أن البدناء منهم كانوا من أصحاب المعدلات الأيضية الأعلى ، وليس الأقل (Prentice et al., 1986)

وتقيم مستويات النشاط البدنى باستخدام مقاييس المشي [٢] والأفلام والملاحظة المباشرة، والتقارير الذاتية ؛ بهدف المقارنة بين مستويات استهلاك الطاقة. من ناحية أخرى أوحت البحوث أن البدناء (سواء راشدين أو أطفال) أقل نشاطاً بمقدار ضئيل من أصحاب الوزن العادى (Johnson et al., 1956; stunkard, 1958; Stefanik et al., 1959; Griffiths and Payne, 1976). وعلى الرغم من ذلك ، يصعب الخروج باستنتاجات حول العمليات السببية من هذه الدراسات ؛ حيث لا يمكن أن يكون النشاط الأقل سببا للبدانة، بل قد يكون نتيجة للزيادة فى الوزن، أو القيود الغذائية ، التى كثيرًا ما يتقيد بها المفحوصون من أصحاب الوزن الزائد ، ولا تستمد مقاييس النشاط قيمتها من الأسئلة المثارة حول أسباب البدانة، بل من قيمتها فى وضع أهداف التدخل.

ويتعين أن يغطى التقييم – من حيث المبدأ – كل جوانب توازن الطاقة ، إلا أن هذا نادرا ما يكون عمليًا، ولا يتم تقييم العمليات الأيضية روتينيًا لسببين : الأول هو أن أساليب التقييم شديدة التخصصية، والثانى هو أن النشاط الأيضى لم يصبح بعد هدفًا مناسبًا للتدخلات العلاجية. ويمكن قياس مستويات النشاط بصورة مفيدة، ويمكن تضمينها فى الأهداف العلاجية. وقد تم تطوير عدد من الطرق لتقييم مستويات النشاط (La Porte, 1989). وأكثر الأساليب المستخدمة فى الموقف الأكلينيكى هى التقارير الذاتية، أو إذا أمكن من خلال تقارير ملاحظ آخر، كما يستخدم أيضًا نموذج تسجيل اليوميات، وحيث تسجل الأنشطة فى عمود ، وتسجل فترة النشاط والمواقف فى أعمدة أخرى. وتحول عدم دقة المقاييس دون ترجمة ذلك إلى مخرجات فى صورة سعرات حرارية ، هذا على الرغم من إمكان إجراء حسابات تقريبية

(1) Metabolism.
(2) Pedometer.

بناء على الجداول المتاحة لذلك (Brownell and stunkard, 1980) . كما يمكن استخدام مقياس المشى ؛ لتوفير مؤشر غير دقيق أيضًا للنشاط ، وأخيرًا، يمكن إجراء قياس للياقة البدنية [١] ، يعتمد على استجابة نبض القلب لنشاط بدنى معين على الرغم من ضرورة أن يتم ذلك تحت إشراف طبى. ويمكن للتغيرات فى مستوى اللياقة أن تخدم فى دعم برامج النشاط.

صورة الجسم

لا تعد البدانة مشكلة طبية فقط، بل مشكلة نفسية وشخصية أيضًا. وتتطلب المعايير الجمالية المثالية فى الحضارة الغربية حدًا أدنى من دهون الجسم، لدى النساء على وجه الخصوص. ولهذا ينظر إلى البدناء على أنهم غير جذابون بدنيًا ، إضافة إلى اعتبارهم مسئولين عن عدم جاذبيتهم، ويؤدى ذلك إلى السخرية وانخفاض الشعبية ، بالإضافة إلى تمييز واضح فى التعليم والمجال الوظيفى (Allon, 1982) وبالتالى، فمما لايثير الدهشة أن نتبين أن الأشخاص ذوى الوزن الزائد لديهم صورة جسمية سلبية (Jourard and Secord, 1955)، وتقدير ذات [٢] منخفض (Monello and Mayer, 1963) . وتوجد دلائل أيضًا على أن صورة الذات لديهم غير سليمة ، وأنهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أضخم مما هم عليه بالفعل ، بالإضافة إلى عدم رضائهم عن مظهرهم (Pearlson et al., 1981) ويمكن استخدام مقاييس مقننة لقياس تقدير الذات (Rosenberg, 1965) ، ويقاس إدراك صورة الجسم وحجم الجسم دائمًا باساليب محكية [٣] على الرغم من أن الحرص فى استخدام اساليب القياس يمكن أن يسمح بمقارنات مع البيانات المنشورة. ويستخدم أسلوب أبسط لتقدير الرضا بصورة الجسم ، من خلال تقديرات بسيطة للجاذبية من قائمة ، تتضمن أجزاء الجسم. وبينما لم يصمم استخبار الهيئة الجسمية [٤] للبدناء (Cooper et al., 1987) غير إنه من الممكن استخدامه للحصول على تقييم كمى لمقدار الرضا. وتتزايد أساليب تقييم حجم الجسم، وتقدم تفاصيلها فى القسم الخاص بتقييم فقدان الشهية العصبى. ويكتسب كل من هذه العوامل قيمته البارزة من الأحكام الأكلينيكية بالنسبة للحالة الفردية. وعلى الرغم من ذلك من الحكمة أن نضع فى اعتبارنا حقيقة أن الأساليب السلوكية نادرًا ما تحقق خفضًا فى الوزن، وبالتالى يصبح التحسن فى صورة الجسم وتقدير الذات مكونًا مهمًا فى النجاح العلاجى.

فحص فقدان الشهية العصبى

ينتشر فقدان الشهية العصبى بشكل غير متساوٍ بين الجنسين، وبفروق حادة أكثر مما يوجد فى حالة البدانة ، فأقل من ١٠ فى المائة من فاقدى الشهية ذكور. وتشير الدراسات الوبائية لنسب انتشار تتراوح بين ١، ٦ لكل مائة ألف (King, 1989; Hoek, 1991) والخاصية الأساسية فى فقدان الشهية العصبى هى شنوذ الوزن. وبينما تشير البدانة إلى محددات بيولوجية، فإن فقدان الشهية العصبى يتضمن مجموعة من الأعراض. وهناك تباين فى هذه الأعراض وتحديداتها الدقيقة ، إلا أن هناك أتفاقًا على وجود خصائص بدنية ونفسية محددة ، يصفها رسل Russell فى الآتى : (أ) سلوك يؤدى إلى فقدان ملحوظ للوزن (ب) خوف من زيادة الوزن (هـ) اضطراب فى صورة الجسم (د) انقطاع الدورة

---

(1) Fitness.
(2) Self - esteem.
(3) Idiographic.
(4) Body Shape Questionnaire.

الشهرية. ويتطلب اكتمال التشخيص عدم وجود أية حالة طبية أو سيكايترية يمكن أن تكون مسئولة عن الأعراض، هذا على الرغم من الاضطراب النفسى المتزامن مع الحالة وبالأخص الاكتئاب ، الذى لايعد من الأمور غير الشائعة فيه. ولا يؤدى تعريف فقدان الشهية العصبى بصفة عامة إلى اضفاء تشخيص يعتبرها مشكلة تحتاج إلى متخصصين فى الصحة العقلية على الرغم من احتياجها –د ون شك – لمستوى أولى من الرعاية فى بعض الاحيان. وعلى الرغم من ذلك ، فالاضطراب معقد ويتباين بشدة بين المرضى، ويعد الوصف الدقيق له وتكميم السلوك والاتجاهات الخاصة بكل مريض من الأمور الجوهرية فيه. ويوجد فى هذا الاضطراب عدد أخر من الخصائص، بالإضافة إلى تلك المتغيرات المرتبطة مباشرة بالوزن والأكل، مثل :الخوف من زيادة الوزن، وتجنب النشويات، والتقدير المبالغ فيه لحجم الجسم، وهى متغيرات تتضمن الخوف من الكبر (Crisp, 1970)، وشعور مقاوم بعدم الفعالية (Bruch, 1973) والرغبة فى الكمال (Halmi et al., 1977; Slade, 1982) ودافعية متزايدة للإنجاز (Dallyand Gomez, 1979) ومشكلات أسرية (Minuchin et al., 1978) وأعراض مرضية مشتركة (انظر : Helmi et al., 1991) وهى متغيرات ، يتعين تقييمها من حيث علاقتها بالاكتئاب واضطراب الوسواس القهرى وتعاطى المخدرات.

وقد أصبح من المقبول الآن القول أن هناك أكثر من نمط فرعى لفقدان الشهية العصبى : فقدان الشهية التقييدى(١) وحيث يتحقق تحكم أو ضبط للوزن بشكل كامل من خلال القيود الغذائية، وفقدان الشهية الشرهى(٢) وحيث تؤكل كميات كبيرة من الطعام مع تجنب الآثار الدهنية من خلال التقيؤ أو تعاطى كميات كبيرة من الملينات(٣) . ويحتمل أن يكون فقدان الشهية الشرهى نمط فرعى لفقدان الشهية (Casper et al., 1980) أو إنه يعكس مرحلة مختلفة من مرض فقدان الشهية (Dally and Gomez, 1979). وهناك بعض الدلائل على وجود فروق فى الشخصية ، وفى الخصائص النفسية المرضية والمترتبات بين مرضى الفقدان التقييدى والفقدان الشرهى للشهية (Casper et al., Op. Cit; Garfinkel et al., 1980) والمآل المرضى أفضل بالنسبة لمرضى فقدان الشهية التقييدى ، الذين عادة ما يكونون أحدث سنا، وأقل اجتماعية، ولديهم خبرة جنسية من خلال برامج التدبر. ويتعلق التمييز بين فقدان الشهية الشرهى وفقدان الشهية العصبى ، من وجهة النظر التشخيصية بالوزن أساساً، ويعترف أغلب الباحثون بوجود منطقة تداخل بين هاتين الحالتين (Fairburn, 1983; Fairburn and Garner, 1986) .

وهناك دلائل وفيرة على وجود اضطرابات فى الوظائف البيولوجية، ودلائل على تغيرات كبيرة عصبية – هرمونية (٤) وفسيولوجية لدى مرضى فقدان الشهية العصبى (Morley and Blundell, 1988; Fava et al., 1989; Turner and Shapiro, 1992) . وقد يكون بعض هذه الاضطرابات نشأ تاليا لها، أو قبلها مثل الانخفاض الحاد فى الوزن، ويحتمل أن يكون البعض الأخر استجابة لسوء التغذية والهزال. وتميل هذه الاضطرابات للشفاء والاختفاء عند زيادة الوزن (Beumont et al., 1976) وهناك أيضاً تعقيدات أخرى تتعلق بشرايين القلب أو تعقيدات عضوية كيميائية ومعوية عصبية ، يمكن أن تنتج عن الطرق المتبعة للتحكم فى الوزن ، أو نتيجة للإجراءات العلاجية النشطة لاستعادة الوزن. وقد

(1) Restrictive anorexia.
(2) Bulimic anorexia.
(3) Laxatives.
(4) Neuro - endocrine.

تكون آثار الاضطراب قاتلة، وتصل معدلات الوفيات منه إلى ٢١ فى المئة (Steinhausen and Glanville, 1983). وبالتالى يعد تقييم مرضى فقدان الشهية العصبى أحد المجالات ، التى تتطلب تعاونًا وثيقًا بين الخبراء الطبيين والسلوكيين.

الـــــوزن

تعد المراجعة المنتظمة للوزن أمرًا جوهريًا فى العلاج ، ولكنها تطرح عددًا من المشكلات العملية، فقد يحاول المرضى تضليل المعالج بإخفاء أشياء ثقيلة الوزن فى ثيابهم ؛ لكى يبينوا أن وزنهم قد تزايد، لذا يتعين التحقق من ذلك. يضاف إلى ذلك أن الزيادة فى الوزن دائمًا ما تتضمن جوانب انفعالية ؛ مما يتطلب توفير وقت لمناقشة هذه الجوانب.

ســلوك الأكــل

ما من شك فى أن طعام مرضى فقدان الشهية غير سوى ؛ إذ لا تنقصه السعرات الحرارية اللازمة فقط، بل يفتقد إلى الكربوهيدرات والدهون على وجه الخصوص. ويفضل الكثيرون من فاقدى الشهية تناول الطعام بمفردهم، ويتجنبون تناوله مع أفراد الأسرة أو فى الحفلات والمناسبات الاجتماعية الأخرى ، التى تتضمن تناول الطعام على الرغم من التناقض الزائف فى كون بعضهم شديد الشغف بإعداد الطعام وتقديمه للآخرين.

ويعتمد اختيار أسلوب التقييم المناسب جزئيًا على الموقف العلاجي. ويسمح موقف علاج المرضى الداخليين بملاحظات لصيقة ومستمرة لسلوك المريض ، وبالتالى يوفر بيانات تتسم بالموضوعية ، ولكن فى ظروف غير طبيعية. وفى حالة المرضى الخارجيين تعتمد مراقبة السلوك دائمًا على التقرير الذاتى كائنًا ما يكون نوعه، ما لم يكن المريض تحت إشراف مباشر من أحد أفراد الأسرة. وقد طُور عدد من المقاييس المقننة أساساً فى المواقف البحثية ، وإن كانت توفر نقطة بداية للفحوص الأكلينيكية. وقدم سليد Slade (1973) مقياسًا لأستخدام فريق الجناح بالمستشفى ؛ لتحديد ممارسات تناول الطعام، وأساليب التخلص من الطعام والأنشطة الأخرى المصاحبة.

واعتمادًا على التمييز بين الوجود والغياب ، أمكن التحقق من صدق هذا المقياس فى إطار التشخيص، غير أنه قد يكون من الممكن أيضًا استخدامه لملاحظة التغيرات.

ويوجد مقياس للتقدير الذاتى للأعراض والسلوك للاستخدام مع المرضى الخارجيين ، وهو اختبار اتجاهات الأكل(١) الذى طوره جارنر وجارفينكل وهو يساعد على تحديد المجالات النوعية للمشكلات ويستخدم لأغراض العلاج بالإضافة إلى توفيره تقدير كمى لدرجة شدة المشكلات (Garner and Garfinkel, 1979)، وتوفر بطارية اضطرابات الأكل(٢) (Garner, 1991) تحديدًا تفصيليًا أكبر للأبعاد النفسية المفترض مسئوليتها. وهى تتكون من ثمانية مقاييس فرعية للاتجاهات : الدافع للنحافة، فقدان الشهية، الكمال، عدم الرضا بالجسم ، عدم الفعالية ، الكدر، الوعى الاستبطانى، ومخاوف النضج والكبر أو الهرم وللبطارية معايير لحالة فقدان الشهية التقييدية بالإضافة إلى مقارنات بين مجموعات سوية من الذكور والإناث. وتوفر المقابلات واستخبارات التقييم السابقة تقارير ذاتية حول الأكل والشهية، إلا أن بعض التقارير الدائمة عادة ما تكون مطلوبة فى المواقف الأكلينيكية. ويعد النموذج المعتاد للتقرير الذاتى

(1) The Eating Attitudes Test (EAT).
(2) Eating Disorder Inventory (EDI).

بمثابة اليوميات التى يسجل فيها وقت ومكان وكمية ونوع الطعام الذى يؤكل، وإضافة عمود فى النموذج لتسجيل القئ العمدى أو استخدام الملينات وأشكال السلوك ، التى عادة ما يعتبرها المرضى مشينة لهم على وجه الخصوص يمكن أن يشجعهم على الكشف عنها. ومدى صدق هذه السجلات يتهدده بالطبع التناقض الوجدانى ، الذى يستشعره الكثير من المرضى فيما يخص التعاون العلاجى، وبالتالى فإن التأكيد المستمر على أهمية مراعاة الدقة جوهرى ، إلى جانب التأكيد من مصادر خارجية ، كلما كان ذلك ممكنًا.

الشـــــهية

افترض فى وقت ما أن فقدان مرضي فقدان الشهية للوزن يعكس فقدانهم للشهية ، ومن هنا جاء اسم فقدان الشهية Anorexia والذى يعنى غياب الشهية ، وعلى الرغم من ذلك فقد أشارت نتائج البحوث الأكلينيكية إلى أن الشـهـيـة للأكل يمكن أن تظل على مـا هـى عليـه، وأن الحـد من تناول الطعـام يرجع للإرادة(Garfinkel, 1974) وتوحى البحوث المبكرة لفقدان الشـهية العصبى فى المواقف المعملية أن فاقدى الشهية كانوا أقل حساسية ، بالمقارنة بأصحاب الوزن العادى ، فيما يتعلق باحساسهم الداخلى بالجوع (Coddington and Bruch, 1970). وقد وجـد كل من وارد واوجـدن Ward and ogden (1989) وهالمى وزملائه (1989) ,.Halmi et al معدلات أقل للجوع. ويبدو أن الشذوذ فى الإحساس بالشبع من الأمور المستقرة (Halmi et al., op. Cit.). وتشير التقارير الأكلينيكية إلى أن فاقدى الشـهية يشعرون بألم الانتفـاخ وزيادة فى الوزن بعد الأكل (Garfinkel, Op. Cit.) ، وهنـاك بعض الدلائل أيضًا على شذوذ فى الشعور بالشبع ظهر فى تجربة كابانك ودولوكس Cabanac and Duclaux (1979) للنفور[1] باستخدام السكر (السكاروز) [2] ، فقد أظهر المفحوصون الأسوياء نفورًا نسبيًا عند تذوق السكروز بعد حقنهم به، على العكس من البدناء وفـاقـدى الشـهـيـة ;Garfinkel et al., 1978) (Wooley et al., 1975 ويوحى التشابه بين البدناء وفاقدى الشهية فى هذه الاستجابة بإمكان تفسيرها مرة أخرى ، باعتبارها مترتبة على القيود الغذائية. ويتعين أن يكون تقييم الجوع وكذلك إلحاح الرغبة فى الأكل ، واشتياقه جزءاً من الفحص الأكلينيكى لكل مريض. وقد يكون من الملائم إضافة مقاييس تقدير لهذه الخصائص المتعلقة بالشهية لنموذج تسجيل الأكل.

النشاط

يعد الإفراط فى النشاط وسيلة أخرى يلجأ اليها فاقدو الشهية لفقد الوزن ، وهو نشاط يمكن أن يقوم به الأسوياء من الرجال والنسـاء (Yates, 1991) والتغيرات فى الاتجاهات الاجتماعية الخاصة بممارسة الرياضة يمكن أن تؤثر فى الأحكام الخاصة بمدى شذوذ هذا السلوك بالنسبة لفاقدى الشهية. وعلى الرغم من ذلك يتعين تعرف مقدار الوقت ، الذى ينفق فى ممارسة الرياضة النشطة ، ومرة أخرى سيكون ذلك من الأمور التى يجب على فريق الجناح ملاحظتها بالنسبة للمرضى الداخلين، كما يمكن الاعتماد فى معرفتها على سجل اليوميات فى حالة المرضى الخارجيين.

صورة الجسم

من الأمور المثيرة للدهشة ذلك التناقض بين المظهر الهزيل لمرضى فقدان الشهية وما يقررونه عن أنهم بدناء. وترى برش (1962) Bruch من خلال ملاحظاتها الأكلينيكية أن مرضى فقدان الشهية لديهم

(1) Aversion.
(2) Sucrose.

اضطراب فى صورة الجسم. وقد ذكر سليد ورسل Slade and Russell أول محاولة نظامية ، تمت فى عام ١٩٧٣ لدراسة هذه النقطة باستخدام التقديرات الخاصة ، باستقامة عرض الجسم فى أربعة أجزاء منه. وقد أوضحا أن مرضى فقدان الشهية يبالغون بشكل ملحوظ فى تقدير حجم أجسامهم. وقد أيدت الدراسات التالية ، التى استخدمت أساليب تقدير أخرى متنوعة لحجم الجسم هذه النتائج (Garner et al., 1976; Pierloot and Houben, 1978) وعلي الرغم من أن النساء في العينة الضابطة للدراسة الأصلية كن دقيقات فى تقديراتهن لحجم اجسامهن، إلا أن هذه الدقة لم تتأيد فى الدراسات التالية. وقد وُجد أن النساء السويات يبالغن أيضًا فى تقدير حجم أجسامهن ، بالدرجة نفسها التى توجد لدى مرضى فقدان الشهية (Button et al., 1977) . وقد أثر تضاؤل الفروق بين مرضى فقدان الشهية والأسوياء من النساء على الدلالة النظرية لتشوه صورة الجسم، غير أن النماذج الحديثة حول فقدان الشهية تغلبت على هذه المشكلة ، من خلال دمج هذه التقديرات المبالغ فيها فى التغير ، باعتبارها من الشروط العديدة ، التى تؤدى إلى حدوث فقدان الشهية العصبى (Garfinkel and Garner, 1982; Slade, 1982)

وأفضل وصف للوضع الراهن المتعلق بالمبالغة فى حجم الجسم فى فقدان الشهية هو أنه أمر بارز ولكنه ليس خاصية نوعية للحالة. وعادة ما يكون من المهم فى الموقف العلاجى تقييم درجة المبالغة فى تقدير حجم الجسم، حيث دائمًا ما يكون المرضى أنفسهم غير واعين بها. وقد طورت أساليب تقييم عديدة لتقدير حجم الجسم بما فى ذلك أسلوب الأضواء المتحركة (١) (Slade and Russell, 1973) والمرايا التشويهية (٢) (Shipman and Sohlkan, 1967) والصور التشويهية (٣) (Garner et al., 1976). ويعتمد ثبات أى من هذه الأدوات على مدى اتساق التعليمات المقدمة للمفحوص، وربما يكون أكثر الأساليب شيوعًا وسهولة هو أسلوب رسل وسليد،الذى يعتمد فقط على تحديد نقطتى ضوء يمكن تحريكهما ؛ ليقتربا أو يتباعدا عن بعضها، ويقاس عرض الجسم وفق معايير قياسية ، ثم يقارن بالعرض المدرك للوصول إلى مؤشر للمبالغة فى التقييم (Slade and Russell, op. cit)

ويتضمن أسلوب أخر لتقدير صورة الجسم تقدير المريضة لرأيها فى الوزن والحجم النموذجيين، ومقارنة ذلك بوزنها الصحى. ويتم الحصول على الوزن الصحى باعتباره وزنها قبل المرض، أو إذا كانت هناك فترة خلال مراهقتها ، كان نموها فيها كاملا دون الالتزام بحمية. وعند الفشل فى استخدام أى من هاتين الطريقتين ، يمكن اللجوء لتحديد الوزن الصحى ، من خلال استخدام الوزن المرغوب فيه فى ضوء معايير الطول مثال ذلك المعمول به فى جداول شركات التأمين Metro Life Insurance Company (1983) ويوفر الفرق بين فكرة المريضة عن وزنها النموذجي ووزنها الصحى بعض المؤشرات ، حول سوء إدراك حجم الجسم.

وأخيرا يمكن استخدام الأدوات السيكومترية ، مثل : استخبار شكل الجسم(٤) (Coper et al., 1987) أو المقياس الفرعى لعدم الرضا بالجسم فى بطارية اضطرابات الأكل (Garner, 1991) للحصول على تقدير كمى لعدم الرضا.

(1) Moving Lights.
(2) Distorting mirrors.
(3) Distorting photographs.
(4) Body Shape Questionnaire.

فحص الشره العصبي

الشره العصبى(1) هو الحالة الوحيدة من بين ثلاث حالات ، يتضمنها هذا الفصل هى التى تعد بالأحرى اضطرابًا فى الأكل ، وليس فى الوزن. وهو يتسم بنوبات من النهم ، عادة ماتتبعها عملية اعادة التخلص من الطعام بوسيلة ما مثل القئ العمدى أو الإفراط فى استخدام المليئات. وعادة ما يكون تناول الطعام فى الفترات بين النوبات مقيدا . وتُذكر هذه الممارسة للإفراط فى الطعام والتخلص منه بعد ذلك بطقوس النهم الرومانية، وهى تبدو مستقرة لدى بعض الفئات الفرعة من مرضى فقدان الشهية العصبى (Beumont et al., 1976) ، ولكنها عُرفت فى فترة أحدث لدى نساء من صاحبات الوزن العادى. وقد استخدمت فى الماضى مجموعة متنوعة من المسميات لهذه الحالة ، من بينها «زملة التشوش الغذائى»(2) (Palmer, 1979) والأكل القهرى(3). إلا أن رســل (1979) Russell هو الذى صك تعبير الشره العصبى ، عندما وصف مجموعة من ثلاثين مريضًا ، كانوا منشغلين بالطعام، وبالخوف من السمنة ممن كانوا يستبدلون النهم والتقيؤ بالقيود الغذائية. وقد أعتبر أن هذه الحالة تتضمن نذرًا متنوعة لفقدان الشهية العصبى. وكان لدى أغلبية المرضى (٢٤ حالة من الثلاثين)، والأغلبية فى مجموعات أخرى أيضًا، تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى فى أقصى مداه ، أو فى صورته الواهنة. وقد تبين أيضًا وجود صلة بين النهم والأكل بين نسـاء سويات أيضًـا (Wardle, 1980) ، وهناك احتمال أن القيود الغذائية تلعب دوراً مهمًا فى أسباب المرض فى حالة الشره (Wardle and Beinart, 1981) ، وتوحى الدلائل المتاحة أن الشره العصبى حالة شائعة. وقد تلقى فيربورن وكوبر (Fairburn and Cooper (Op. Cit.) أكثر من ١٠٠٠ استجابة لإعلان ، يطلب معلومات من النساء اللاتى يلجئن إلى القئ كوسيلة للتحكم فى الوزن، كما تشير الدراسات المسحية على طلاب جامعيين إلى مؤشرات انتشار تدور حول ١٣ فى المائة (Halmi et al., 1981) وهناك تقديرات للمعدلات فى المواقف الأكلينيكية بناء على التشخيص وفقا لمحكات الدليل التشخيصى والأحصائى الثالث DSM-III فى عيادة جامعية ، قام بها ستانجلر وبرنتز Stangler and Printz (1980) تبلغ ١ر١٥ فى المئة بين النساء المريضات ، التى شخصن على أنهن يعانين من شره عصبى.

ومن المتفق عليه الآن أن محكات الدليل التشخيصى الثالث قد تكون شاملة بقدر مبالغ فيه، وعلى الرغم من ذلك يقدر انتشار الشره العصبى فى أكمل صورة بمعدل ، يصل إلى ٨ من كل ١٠٠,٠٠٠ (Hoek, 1991) والتداخل واضح بين الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى فى الكثير من الخصائص المتعلقة بالاتجاهات نحو الطعام والوزن ، الذى يعبر عنه المريض فى كلتا المجموعتين. ويوفر الدليل التشخيصى الثالث المعدل تشخيصًا فارقًا ، يقوم على نظام تدرجي واضح ، بمعنى أن استخدام تعبير شره عصبى يعتمد على استبعاد فقدان الشهية العصبى ، ويقترح التراث البحثى البريطانى نموذجا تدريجيا ضمنيا. وجوهريا فإن ذلك يعنى أن المريض الذى يخشى السمنة واضطراب الأكل ، هو الذى يمكن أن ينطبق عليه تشخيص فقدان الشهية العصبى (النمط الشره) (4) ، وذلك عندمـا يكون وزنه منخفضًا. ويشخص على أنه حالة شره عصبى إذا كان سوى الوزن. والمريض ذو الوزن الزائد من أصحاب هذا الاضطراب يمكن أن يثير مشكلة صغيرة فى تشخيصه ؛ حيث إن السمنة أو البدانة ليست

(1) Bulimia nervosa.
(2) Dietary Choas Syndrome.
(3) Compulsive eating.
(4) Bulimic type.

بمثابة تشخيص سيكايترى وبالتالى لا يوجد استبعاد متبادل. وعلى الرغم من ذلك فهناك خطورة تتمثل فى عدم تشخيص الشره لدى المرضى البدناء إذا تغلب الاعتقاد الشعبى (الزائف) حول أن النمط البدين لديه قهر للأكل.

وتؤكد النظريات الخاصة بأسباب المرض فى الشره العصبى على أن المريض يحاول مجاراة الأفكار الحضارية المتعلقة بالنحافة ، والتى تؤدى إلى تناول قدر لا بأس من الطعام ، مع المحافظة على وزن أقل من المستويات البيولوجية المناسبة (Garner et al., 1980; Wardle and Beinart, 1981; Slade, 1982) . وقد يستمر ذلك لفترة ما ، ولكن فجأة تؤدى ضغوط مجموعة العوامل النفسية والفسيولوجية المجتمعة للأكل إلى كسر القيود، يتبع ذلك شعور بالذنب وعودة للتقييد ، ثم نهم أكبر وأشمل. وتشير التقارير الأكلينيكية إلى أن النهم يحدث أكثر فى أوقات الملل والقلق والاكتئاب، والوحدة والإعزاء (Johnson and Larson, 1982; Abraham and Beumont, 1982) حتى بعد تناول كمية قليلة من «الأطعمة المحرمة». وتتماثل هذه الظروف إلى حد كبير مع الفشل فى التنظيم الذى يلاحظ لدى من يأكلون بطريقة سوية فى الدراسات المعلمية (Herman, 1980) ، وبما يوحى أن الميكانيزمات قد تكون متشابهة.

وعندما يوجد قئ وتخلص من الطعام ، فغالبًا ما يكونا قد تطورا بعد استقرار العادات الغذائية. ويذكر المرضى أنهم تعلموا القئ من البحوث المنشورة حول فقدان الشهية والشره، ومن الأصدقاء ومن المعالجين (Chiodo and Latimer, 1983). وعادة ما ينظر المريض إلى القيئ واعادة التخلص من الطعام باعتباره حلاً مؤقتًا ، يمكن استخدامه إلى أن يتم إعادة التحكم، والواقع أن العكس هو الذى يحدث إذا يتزايد مقدار النهم وتكراره بعد بدء اللجوء إلى القيئ. ويتضمن التقيؤ عددًا من المخاطر الصحية ، بالإضافة إلى أنه مصدر للخزى والقلق لأغلب المرضى. ويبدو أن مواصلة الأكل بطريقة غير سوية يأتى تاليا للأكل المستقل عن الآخرين ثم الشره والقئ ، وتعتمد كل أساليب العلاج على التحكم الصريح فى واحد أو أكثر من هذه المكونات.

وتقييم المرضى أصحاب هذا النمط من أضطرابات الأكل يشبه جوهريا طريقة تقييم مرضى فقدان الشهية العصبى : صورة الجسم، الوزن، الشهية، والطعام المستهلك. وجميعها مجالات ذات أهمية وتتعلق الفروق الأساسية بالخصائص المحورية بهذا النمط، ومكونات الطعام وظروف تناوله وذلك بهدف تحديد عدم السواء فى الأكل والتحكم فيه.

وتوفر المقابلات المقننة لاضطرابات الأكل طريقة مفيدة لجمع معلومات نظامية، وبالجمع بينها وبين بعض المقاييس السيكومترية ، يحتمل أن يتوفر أفضل أسلوب للتقييم ، ويتضمن اختبار كوبر وفيربورن Cooper and Fairburn لإضطراب الأكل(1) ٦٢ بندًا، صممت لقياس الشره العصبى(Cooper and Fairburn, 1987) ، وعادة ما يصنف مرضى الشره إلى فئتين : النهم والتحكم فى الأكل. والمرضى يمكنهم أن يذكروا ما إذا كانت بعض النوبات المعينة كانت نهمًا أم لا. والمقارنة بين الأكل بنهم والأكل العادى تكشف عن فروق فى الظروف وفى الكمية والنوع ، بالإضافة إلى التوقيت. وتميل نوبات الشره لأن تتضمن أطعمة ومشروبات ذات سعرات حرارية مرتفعة بكميات كبيرة تستهلك على انفراد، وعادة ، ماتتوقف بانتهاء الكمية ، أو بالشعور الحاد بعدم الراحة. ثم يتلوها دائمًا قئ أو استخدام

(1) Eating Disorder Examination (EDE).

للملينات، ويتضمن الأكل غير النهم من جانب أخر كميات قليلة ، وأطعمة ومشروبات ذات سعرات حرارية منخفضة تؤكل علانية. وتساعد هذه الخصائص على تحديد طبيعية النهم ، غير أن التعريف الموضوعى له من الأمور المحيرة ؛ إذ يشير المرضى فى تقاريرهم إلى أن الخاصية المحورية فى النهم هى الإطار العقلى الذى يتشكل الأكل وفقا له ، ويجد أغلب الباحثون أنهم مرغمون صراحة أو ضمناً على قبول المفهوم المرضى للنهم (Abraham and Beaumont, 1982; Johnson and Larson, 1982)

والاحساس الاستسلامى أمام التحكم فى حالة النهم جوهرى ؛ حيث عادة ما يكون الأكل بطريقة سوية منضبطا بشدة. ويعتقد هيثرتون وبوميستر Heatherton and Baumeister (1992) أن الهرب من الوعى الذاتى ، الذى يحدث مع الشره يلعب دوراً مهماً فى مواصلة الأكل بنهم.

وتتضمن مجموعة الأدوات المقننة لتقييم اتجاهات الأكل وأنماطه تلك الأدوات ، التى قننت أساساً لتقييم فقدان الشهية العصبى، مثل : اختبار الاتجاهات نحو الأكل (١) (Garner and Garfinkell, 1979) وبعض المقاييس الفرعية من بطارية اضطراب الأكل (Garner, 1991) ، ويغطى استخبار الجوانب المعرفية لفقدان الشهية العصبى (٢) (Mizes and Klesges, 1990) مجالات مشابهة. وعادة ما توجد مؤشرات انفعالية فى الأكل على نطاق واسع لدى مرضى الشره العصبى ، ويمكن قياسها بالمقاييس الفرعية للأكل الانفعالى (٣) (Van Strein et al., 1986) وهناك أيضاً مقياس أخر لميول الأكل النهم (The Bult : Smith and Thelen, 1984) ، والذى تتوفر له بعض البيانات المعيارية. واستخدام هذه المقاييس مع مقياس للقيود الغذائية يمكن أن يوفر مؤشرا كمياً على اضطرابات الأكل.

وستحل الأدوات السيكومترية بديلا عن السجلات التفصيلية للأكل ، والتى يتعين نموذجياً أن يتولاها ملاحظون، غير أن المرضى هم فى الواقع من يقوم بها . وبما أن النهم يمكن أن يختلف جوهرياً من حالة إلى أخرى لدى المريض الواحد، كما يختلف بين مريض وأخر .. فإن الاحتفاظ بالتسجيلات لفترات طويلة مطلوب فى ضوء مشكلات الإذعان الحتمية.

ولحسن الحظ يعتبر الكثيرون من المرضى أن سجل الأكل أداة مفيدة ، وبالتالى يتعاونون فى استخدامه. ويساعد نموذج التسجيل الذى يتضمن أجزاء منفصلة للأكل النهم والأكل غير النهم على تبسيط معالجة البيانات ،ويمكن الحصول منه على التكرارات ، بالإضافة إلى معلومات أخرى أكثر تفصيلا حول مقدمات الأكل ونتائجه.

(1) Eating Attitudes Test
(2) Anorexic Cognition Questionnaire.
(3) The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).

References

Abraham, S. F. and Beumont, P. J. V. (1982) 'How patients describe bulimia or binge eating', *Psychological Medicine* 12: 625–35.

Agras, W. S. (1987) *Eating Disorders: Management of Obesity, Bulimia, and Anorexia Nervosa*, New York: Pergamon.

Allon, M. (1982) 'The stigma of overweight in everyday life', in Wolman, B. B. (ed.) *Psychological Aspects of Obesity*, New York: Van Nostrand Reinhold.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beumont, P. J. V., George, G. C. W. and Smart, D. E. (1976) '"Dieters" and "vomiters and purgers" in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 6: 617–32.

Björntorp, P. (1988) 'The associations between obesity, adipose tissue distribution and disease', *Acta Medica Scandinavia* (Supplement) 723: 121–34.

Braitman, L. E., Adlin, E. V. and Stanton, J. L. (1985) 'Obesity and caloric intake: the National Health and Nutrition Examination Survey of 1971–1975 (Hanes 1)', *Journal of Chronic Diseases* 38: 727–32.

Bray, G. A. (1969) 'Effect of caloric restriction on energy expenditure in obese patients', *Lancet* 2: 397.

Bray, G. A. (1976) *The Obese Patient*, Philadelphia: W.B. Saunders.

Brownell, K. D. (1991) 'Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide', *Behaviour Therapy* 22: 1–12.

Brownell, K. D. and Stunkard, A. J. (1980) 'Physical activity in the development and control of obesity', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Bruch, H. (1962) 'Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 24: 187–94.

Bruch, H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within*, New York: Basic Books.

Button, E. J., Fransella, F. and Slade, P. D. (1977) 'A reappraisal of body perception disturbance in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 7: 235–43.

Cabanac, M. and Duclaux, R. (1970) 'Obesity: Absence of satiety aversion to glucose', *Science* 168: 496–7.

Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C. and Davis, J. M. (1980) 'Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 37: 1030–34.

Chernin, K. (1983) *Women Size. The Tyranny of Slenderness*, London: The Women's Press.

Chiodo, J. and Latimer, P. R. (1983) 'Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 14: 131–5.

Coddington, R. C. and Bruch, J. (1970) 'Gastric perceptivity in normal, obese and schizophrenic subjects', *Psychosomatics* 11: 571–9.

Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. and Fairburn, C. (1987) 'Development of the Body Shape Questionnaire', *International Journal of Eating Disorders* 6: 485–90.

Cooper, Z. and Fairburn, C. G. (1987) 'The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders', *International Journal of Eating Disorders* 6: 1–8.

Crisp, A. H. (1970) 'Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 1–22.

DaCosta, M. and Halmi, K. A. (1992) 'Classifications of anorexia nervosa: the question of subtypes', *International Journal of Eating Disorders* 11: 305–13.

Dally, P. and Gomez, J. (1979) *Anorexia Nervosa*, London: William Heinemann.

Durnin, J. V. and Womersley, J. (1974) 'Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness', *British Journal of Nutrition* 21: 681–9.

Dwyer, J. (1992) 'Nutritional remedies: reasonable and questionable', *Annals of Behavioural Medicine* 14: 120–5.

Dwyer, J. T., Feldman, J. J. and Mayer, J. (1970) 'The social psychology of dieting', *Journal of Health and Social Behaviour* 11: 269–87.

Fairburn, C. G. (1983) 'Bulimia nervosa', *British Journal of Hospital Medicine* (June): 537–42.

Fairburn, C. G. and Cooper, P. J. (1982) 'Self-induced vomiting and bulimia nervosa; an undetected problem', *British Medical Journal* 284: 1153–55.

Fairburn, C. G. and Garner, D. M. (1986) 'The diagnosis of bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 5: 403–19.

Falkner, F. (1962) 'Some physical growth standards for white North American children', *Pediatrics* 29: 467–74.

Fava, M., Copeland, P. M., Schweiger, U. and Herzog, D. B. (1989) 'Neurochemical abnormalities of anorexia nervosa and bulimia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 146: 963–71.

Florey, C. D. V. (1970) 'The use and interpretation of ponderal index and other weight/height ratios in epidemiological studies', *Journal of Chronic Diseases* 23: 93–103.

Garfinkel, P. E. (1974) 'Perception of hunger and satiety in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 4: 309–15.

Garfinkel, P. E. and Garner, D.M. (1982) *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York: Brunner Mazel.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M., Stancer, H. C. and Coscina, D. V. (1978) 'Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in body image and satiety', *Psychosomatic Medicine* 40: 487–98.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. and Garner, D. M. (1980) 'The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup', *Archives of General Psychology* 37: 1036–40.

Garner, D. M. (1985) 'Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 4: 701–26.

Garner, D. M. (1991) *Eating Disorder Inventory 2*, Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources Inc.

Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1979) 'The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 9: 273–9.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C. and Moldofsky, H. (1976) 'Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity', *Psychosomatic Medicine* 38: 227–36.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. and Thompson, M. (1980) 'Cultural expectations of thinness in women', *Psychological Reports* 47: 483–91.

Garrow, J. S. (1974) *Energy Balance and Obesity in Man*, New York: Elsevier.

Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Eckert, E. D., Casper, R. C., Davis, J. M. and Roper, M. (1980) 'Attitudinal dimensions in anorexia nervosa', *Journal of Psychosomatic Research* 15: 239–51.

Griffiths, M. and Payne, P. R. (1976) 'Energy expenditure in small children of obese and non-obese patients', *Nature* 260: 698–700.

Grimes, W. B. and Franzini, L. R. (1977) 'Skinfold measurement techniques for estimating percentage body fat', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 8: 65–9.

Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E., Casper, R. and Davis, J. M. (1977) 'Pretreatment evaluation in anorexia nervosa', in R. A. Vigersky (ed.) *Anorexia Nervosa*, New York: Raven Press (43–54).

Halmi, K. A., Falk, J. R. and Schwarts, E. (1981) 'Binge eating and vomiting: A survey of a college population', *Psychological Medicine* 11: 697–706.

Halmi, K. A., Sunday, S., Puglisi, A. and Marchi, P. (1989) 'Hunger and satiety in anorexia and bulimia nervosa', *Annals of the New York Academy of Science* 575: 431–45.

Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. and Cohen, J. (1991) 'Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 48: 712–18.

Hamm, P., Shekelle, R. B., Stamler, J. (1989) 'Large fluctuations in body weight during young adulthood and twenty-five-year risk of coronary death in men', *American Journal of Epidemiology* 129: 312–18.

Hawkins, R. C. and Clement, P. F. (1980) 'Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies', *Addictive Behaviours* 5: 219–26.

Heatherton, T. F. and Baumeister, R. F., (1992) 'Binge-eating as escape from self-awareness', *Psychological Bulletin* 110: 86–108.

Herman, P. (1980) 'Restrained eating', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Herman, C. B. and Mack, D. (1975) 'Restrained and unrestrained eating', *Journal of Personality* 43: 547–60.

Hibscher, J. A. and Herman, C. P. (1977) 'Obesity, dieting and the expression of "obese" characteristics', *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 97: 374–80.

Hoek, H. W. (1991) 'The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care', *Psychological Medicine* 21: 455–60.

Jeffery, R. W. (1992) 'Is obesity a risk factor for cardiovascular disease?' *Annals of Behavioural Medicine* 14: 109–12.

Johnson, C. B. and Larson, R. (1982) 'Bulimia: An analysis of moods and behaviour', *Psychological Medicine* 44: 341–51.

Johnson, M. L., Bucke, B. S. and Mayer, J. (1956) 'Relative importance of inactivity and overeating in the energy balance of obese high-school girls', *American Journal of Clinical Nutrition* 4: 37–44.

Jourard, S. M. and Secord, P. R. (1955) 'Body cathexis and the ideal female figure', *Journal of Abnormal and Social Psychology* 50: 243–6.

King, M. B. (1989) 'Eating disorders in a general practice population' in *Psychological Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press 19: 1–34.

Kissileff, H., Jordan, H. and Levitz, L. (1978) 'Eating habits of obese and normal weight humans', in G. A. Bray (ed.) *Recent Advances in Obesity Research* 2, London: Newman.

Klajner, F., Herman, C. P., Polivy, J. and Chhabra, R. (1981) 'Human obesity, dieting and anticipatory salivation to food', *Physiology and Behaviour* 27: 195–8.

La Porte, R. E. (1989) 'Evaluating interrelationships among physical fitness and activity measurements', in T. F. Drury (ed.) *Assessing Physical Fitness and Physical Activity in Population Bases Surveys* 'DHHS-PHS Report 89-1253), Washington, DC.: US Government Printing Office.

Lissner, L., Bengtsson, C., Lapidus, L., Larsson, B., Bengtsson, B. and Brownell, K. (1988) 'Body weight variability and mortality in the Gothenburg prospective studies of men and women', in P. Björntorp and S. Rössner (eds) *Obesity in Europe 88*, London: John Libbey (55–60).

Mahoney, M. J. (1975) 'The obese eating style: bites, beliefs and behaviour modification', *Addictive Behaviors* 1: 47–53.

Mayer, J. (1968) *Overweight: Causes, Cost and Control*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Metropolitan Life Insurance Company (1983) '1983 Metropolitan Height and Weight Tables', *Statistical Bulletin* (Jan–June): 3–9.

Minuchin, S., Rosman, B. L. and Baker, L. (1978) *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Mizes, J. S. and Klesges, R. C. (1990) 'Validity, reliability, and factor structure of the Anorectic Cognitions Questionnaire', *Addictive Behaviors* 14: 589–94.

Monello, L. F. and Mayer, J. (1963) 'Obese adolescent girls. An unrecognised "minority", group?, *American Journal of Clinical Nutrition* 13: 35–9.

Morley, J. E. and Blundell, J. E. (1988) 'The neurobiological basis of eating disorders: some formulations', *Biological Psychiatry* 23: 53–78.

National Institute of Health (1985) 'Health implications of obesity', *Annals of Internal Medicine* 103: 1073–77.

Osancová, K. and Hejda, S. (1975) 'Epidemiology of obesity', in T. Silverstone (ed.) *Obesity Pathogenesis and Management*, Lancaster: Medical and Technical Publishing Company.

Palmer, R. L. (1979) 'The dietary chaos syndrome: A useful new term', *British Journal of Medical Psychology* 52: 187–90.

Pearlson, G. D., Flournoy, L. M., Simonson, M. and Slavney, P. R. (1981) 'Body image in obese adults', *Psychological Medicine* 11: 147–54.

Pierloot, R. A. and Houben, M. E. (1978) 'Estimation of body dimensions in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 8: 317–24.

Polivy, J., Herman, P. and Warsh, S. (1978) 'Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters', *Journal of Abnormal Psychology* 87: 497–504.

Prentice, A. M., Black, A. E., Coward, W. A., Davies, H. L., Goldberg, G. R., Murgatroyd, P. R., Ashford, J., Sawyer, M. and Whitehead, R. G. (1986) 'High levels of energy expenditure in obese women', *British Medical Journal* 292: 983–7.

Pyle, R. L., Mitchell, J. E. and Eckert, E. D. (1981) 'Bulimia: A report of 34 cases', *Journal of Clinical Psychology* 42: 60–4.

Ravussin, E., Lillioja, S., Knowler, W.C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, W. G. H., Boyce, V., Howard, B. V. and Bogardus, C. (1988) 'Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain', *New England Journal of Medicine* 318: 462–72.

Rosenberg, (1965) *Society and Adolescent Self Image*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Russell, G. F. M. (1970) 'Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment', in J. H. Price (ed.) *Modern Trends in Psychological Medicine 2*, London: Butterworth.

Russell, G. F. M. (1979) 'Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 9: 429–48.

Schachter, S. and Rodin, J. (1974) *Obese Humans and Rats*, Washington DC: Erlbaum-Halstead.

Schutz, Y., Flatt, J. P. and Jéquier, E. (1989) 'Failure of dietary fat intake to promote fat oxidation: a factor favoring the development of obesity', *American Journal of Clinical Nutrition* 50: 307–14.

Shetty, P. S., Jung, R. T., James, W. P. T., Barrand, M. A. and Callingham, B. A. (1981) 'Post prandial thermogenesis in obesity', *Clinical Science* 60: 519–25.

Shipman, W. and Sohlkhan, N. (1967) 'Body image distortion in obese women', *Psychosomatic Medicine* 29: 540.

Silverstone, J. T. (1968) 'Obesity', *Proceedings of Royal Society of Medicine* 61: 371–5.

Slade, P. (1973) 'A short anorexic behaviour scale', *British Journal of Psychiatry* 122: 83–5.

Slade, P. (1982) 'Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 167–81.

Slade, P. and Russell, G. F. M. (1973) 'Experimental investigations of bodily perceptions in anorexia nervosa and obesity', *Psychotherapy and Psychosomatics* 22: 259–363.

Smith, M. C. and Thelen, M. H. (1984) 'Development and validation of a test for bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 863–72.

Sobal, J. and Stunkard, A. J. (1989) 'Socioeconomic status and obesity: a review of the literature', *Psychological Bulletin* 105: 260–75.

Stangler, R. S. and Printz, A. M. (1980) 'DSM III. Psychiatric diagnosis in a university population', *American Journal of Psychiatry* 137: 937–40.

Stefanik, P. A., Heald, F. P. and Mayer, J. (1959) 'Caloric intake in relation to energy output of obese and non-obese adolescent boys', *American Journal of Clinical Nutrition* 7: 55–62.

Steinhausen, H. C. and Glanville, K. (1983) 'Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings', *Psychological Medicine* 13: 239–49.

Stunkard, A. J. (1958) 'Physical activity, emotions and human obesity', *Psychosomatic Medicine* 20: 366–72.

Stunkard, A. J. and Fox, S. (1971) 'The relationship of gastric motility and hunger. A summary of the evidence', *Psychosomatic Medicine* 33: 123–34.

Stunkard, A. J. and Messick, S. (1985) 'The three factors eating questionnaire to measure dietary restraint, distribution and hunger', *Journal of Psychosomatic Research* 29: 71–84.

Stunkard, A. J. and Pestka, J. (1962) 'The physical activity of obese girls', *American Journal of Diseases of Childhood* 103: 812–17.

Stunkard, A. J., Sorensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J. and Schulsinger, F. (1986) 'An adoption study of human obesity', *New England Journal of Medicine* 314: 193–8.

Turner, M. St. J. and Shapiro, C. M. (1992) 'The biochemistry of anorexia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 179–93.

Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. and Defares, P. B. (1986) 'The Dutch eating behaviour questionnaire for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour', *International Journal of Eating Disorders* 5: 295–315.

Walsh, B. T., Kissileff, H. R. and Hadigan, C. M. (1989) 'Eating behaviour in bulimia', *Annals of the New York Academy of Sciences* 575: 446–55.

Wardle, J. (1980) 'Dietary restraint and binge eating', *Behaviour Analysis and Modification* 4: 201–9.

Wardle, J. (1987a) 'Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders', *Journal of Psychosomatic Research* 31: 161–9.

Wardle, J. (1987b) 'Compulsive eating and dietary restraint', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 47–55.

Wardle, J. (1988) 'Cognitive control of eating', *Journal of Psychosomatic Research* 32: 607–12.

Wardle, J. and Beinart, H. (1981) 'Binge eating: a theoretical review', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 97–109.

Wardle, J. and Ogden, J. (1989) 'Cognitive and physiological effects on hunger and food intake', *Annals of the New York Academy of Sciences* 575: 585–7.

Wardle, J. and Marsland, L. (1990) 'Adolescent concerns about weight and eating: A social developmental perspective', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 377–91.

Williamson, D. A. (1990) *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa*, New York: Pergamon.

Wing, R. R. (1992) 'Weight cycling in humans: a review of the literature', *Annals of Behavioral Medicine* 14: 113–19.

Wooley, O. W. and Wooley, S. C. (1975) 'The experimental psychology of obesity', in T. Silverstone (ed.) *Obesity Pathogenesis and Management*, Lancaster: Medical and Technical Publishing Company.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Woods, W. A. (1975) 'Effect of calories on appetite for palatable food in obese and non-obese humans', *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 89: 619–25.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Obesity and Women II. A neglected feminist topic', *Women's Studies international Quarterley* 2: 81–92.

Yates, A. (1991) *Compulsive Exercise and the Eating Disorder: Towards an Integrated Theory of Activity*, New York: Brunner/Mazel.

الفصل السابع والعشرون

علاج اضطرابات الأكل والوزن

Disorders of eating and weight investation

Jane Wardle جين واردل

الفصل السابع والعشرون

عـلاج إضطرابات الأكل والوزن

جين واردل Jane Wardle

مقـــــدمة

قطع العلاج النفسى لاضطرابات الأكل والوزن مراحل متباينة ، ويبدو أن الأساليب النفسية تلائم بصورة مثالية هذه الأشكال من عدم السواء مثل الإفراط فى الأكل . ومن ناحية تحققت بعض الإنجازات المثيرة للإعجاب فى عدد من الحالات غير المضبوطة (Stuart , 1967 ; Garfinkel et al., 1973) ومن ناحية أخرى لم تستجب هذه الاضطرابات للعلاج بالقدر المتوقع من السهولة للنماذج السلوكية البسيطة . وقد انتهى التفاؤل المبكر ، الذى انتشر حول التأثير طويل الأمد للعلاج السلوكى للبدانة (Wilson and Brownell , 1980; Garner and Wooley , 1991)، أو فقدان الشهية العصبى (Garfinkel and Garner 1982).

وقد اعتمد العلاج السلوكى لاضطرابات الأكل أساساً على الإجراءات الفعاله [١] للتدبر [٢] ؛ حيث كانت الأهداف الخاصة بخفض الوزن أو الأكل تحدد ثم تكافىء . وقد استخدمت فى فترة أحدث أيضا مبادئ التشريط التقليدى ، فى ضوء افتراض أن مؤشرات [٣] الاستجابات التشريطية للطعام يمكن أطفاءها من خلال التعرض [٤] لهذه المؤشرات (Wardle , 1990 ; Schmidt and Marks , 1988; Tensen et al ., 1989) . كما حظيت المبادئ المعرفية للتحكم فى الأكل هى الأخرى بقدر كبير من الاهتمام . وقد أدى ذلك إلى ظهور أكثر العلاجات التى يتضمنها التراث العلاجى . وينصح الآن بشكل روتينى ، باستخدام حزمة علاجية معرفية سلوكية (Fairburn , 1985; Le Bow , 1989) ، وعلى الرغم من ذلك فالتحدى الحقيقى ، وهو الأمر الشائع فى مجال علاج اضطراب العادات الأخرى - ليس مجرد تغيير السلوك ، ولكن استمرارية هذا التغيير على المدى البعيد . ومن المعترف به الآن على نطاق واسع أن التغير السلوكى دائمًا مايستمر لفترات قصيرة ، وأن على اساليب العلاج الحديثة أن تكون واقعية فى تقبلها لهذا الأمر .

عـــلاج البدانـــة

خلــــفية

جذبت مشكلة البدانة اهتمامًا متزايد فى العالم الغربى على مدى العقود القليلة الماضيه لسببين : الأول هو تراكم الدلائل على مخاطر البدانة على الصحة (National Institue op Health , 1985;

---

(1) Operant .
(2) Management .
(3) Cues .
(4) Exposure .

Jeffery , 1992) وفى الوقت الذى لايلتفت فيه لعوامل الخطر الأخرى ، مثل التوتر المفرط ، ينظر إلى البدانة على أنها عامل شديد الخطر . الثانى هو تزايد ضغوط الإتجاهات الاجتماعية فى اتجاه تفضيل القوام النحيل أو الذكرى فى النساء . وبينما كانت السمنة تفضل فى وقت سابق ، وما زالت تفضل فى بعض مناطق العالم ، إلا أنها تعد الآن وصمة (Sobel , 1991) . وقد أدى الجمع بين الصحة والاعتبارات الجمالية إلى اهتمام غير مسبوق بفقدان الوزن . وترتفع نسبة النساء ، اللاتى حاولن فى وقت من الأوقات فقدان وزنهن إلى حوالى ٧٠ فى المئة ، والقليلات منهن مَنْ كُنَّ عرضة لمرض خطير لبدانتهن .

وتتسق أساليب العلاج المختلفة فى تأكيدها على أهمية التحكم فى الطعام المستهلك ، على الرغم من أن الجانب المستهدف فى نوع الغذاء يتباين . ولوليم بانتنج William Banting تقرير منذ أواخر القرن التاسع عشر ، حول نجاح ذائع فى خفض الوزن ، من خلال غذاء ذى كربوهيدرات منخفضة (Banting , 1863) ويتوفر منذ ذلك الوقت تراث ضخم ، سواء علمى أو شعبى يتضمن تفصيلات لأنواع لاحصر لها من النظم الغذائية التى يُدّعى أنها تؤدى إلى خفض الوزن (انظر : Dwyer , 1980 ; 1992) . وقد وصل الإنفاق على منتجات النحافة وخدماتها إلى مستويات غير مسبوقه ، ربما يرجع الفضل الأكبر فيها إلى الاهتمامات التجارية واحتياجات جمهور البدناء .

ولاشك فى أنه إذا كان مقدار المدخلات من الطاقة أقل بصورة متسقة من مقدار المخرجات فسيحدث فقدان للوزن . ولاتكمن الصعوبة فى مجرد وجود هذا التوازن السلبى فى الطاقة ، ولكن فى استمراره لفترة طويلة بالقدر الكافى لتحقيق انخفاض جوهرى ومستمر فى الوزن . وتميل كل من العوامل النفسية والبيئية والفسيولوجية مجتمعة نحو استعادة توازن الطاقة . ومن منظور فقد الوزن ، كانت نتائج العلاج الغذائى للبدانة غير مشجعة . وكما يشير برونل وادن Brownell and wadden « أن احتمال الشفاء من السرطان أيسر من التخلص من السمنة » (Brownell and Wadden , 1983) . وقد تزايد الشك فى إمكان تبديل حجم الجسم بالإرادة (Brownell and Wadden , 1992) ، ويمكن النظر إلى أساليب العلاج السلوكية للبدانة ، باعتبارها توفر الإطار الذى يذعن من خلاله المريض للتوصيات الغذائية الأساسية المتعلقة بكمية الطعام والأنشطة . وقد قدم فيرستر وزملاؤه Ferster et al . (1962) أول تقرير حول تطور برامج التحكم فى الوزن . وتهدف هذه البرامج إلى الحد من تكرار الأكل وسرعه تناوله ، من خلال تعليم المريض إجراءات التحكم فى النفس . وتتضمن هذه الإجراءات أدنى درجات التعرض للمنبهات التمييزية للأكل ، ومكافأه الأكل عندما يحدث بطريقة ملائمة معتدلة ، وخفض القيمة التعزيزية للطعام . وقد نشر ستيورات Stuart (1967) أول تقرير منهجى لتطبيق هذه الأساليب ؛ حيث عالج ثمانى نساء بدينات ، وتوصل إلى نتائج فعالة بصورة مثيرة ، وبالتالى أرسى التطور واسع النطاق للأساليب السلوكية فى علاج البدانة . وحتى وقت حديث للغاية ، لم يكن هناك مايزيد عن التنوع فى الإجراءات فى مجال تعليم التحكم فى كمية الطعام المستهلكة .

وكان أحد الأساليب عبارة عن تطبيق الاستراتيجيات السلوكية لزيادة مستوى النشاط . ويرى باى - سنير Pi - Sunyer (1987) انة يمكن تسهيل الامور على الأشخاص البدناء الذين لايزيدون من كمية الطعام التى يتناولونها لتطابق المستويات المرتفعة من الطاقة المستهلكة ، وبالتالى يكونون فى حالة توازن سلبى ، من خلال زيادة مستويات النشاط الذى يمارسونه . وعلى الرغم من ذلك توحى النتائج العلاجية أن مستويات النشاط أكثر تعلقًا بالمحافظة على الوزن الجديد للجسم من تعلقها بأهداف تحقيق فقدان جوهرى للوزن (Peri et al ., 1986) ، وفى تطور تالٍ أحدث ، تم تبنى فكرة التعديل المعرفى فى

الممارسة الروتينية فى برامج العلاج القائمة ، على الرغم من عدم وجود اتفاق على أيّ مكونات معرفية هى الأهداف المناسبة للعلاج . ويتجة الأسلوب العلاجى المعرفى فى بعض الحالات نحو تعديل الأفكار ، التى تشجع الانتكاس الغذائى أو تمنع حدوثة . مثال ذلك ماحققه الن مارلت فى بحوثة (Marlatt , 1985; Stenberg, 1985) كمايستهدف فى بعض الحالات الأخرى الأفكار السلبية حول الذات ، فى حد ذاتها كالمظهر الشخصى على سبيل المثال . (Wardle , 1989) . وهناك بالمثل قدر كبير من الاهتمام بإمكانية تحقيق فقدان ضخم وسريع فى الوزن ، من خلال تناول أغذية ذات سعرات حرارية شديدة الانخفاض مع العلاج السلوكى فى الوقت نفسة، وقد حقق وادن وستنكارد Wadden and Stunkard (1986) نتائج جيدة على المدى القصير ، من خلال علاج يتضمن العنصرين ، وتوصلا إلى تحقيق فقد فى الوزن ، يبلغ فى المتوسط ١٩,٢٥ كيلو جرام . وعلى الرغم من ذلك ، فقد استعاد الكثير من العملاء قدراً كبيراً من وزنهم الذى فقدوة ، وتراجع حجم الوزن الذى سبق فقدة إلى ٦,٥٣ كيلو جرام على امتداد ثلاث سنوات من المتابعة . وبدون أية ميزة محققة فى مجموعة هذا العلاج المشترك (Wadden et al ., 1988) . وعلى الرغم من هذة النتائج الضعيفة مازال هناك تفاؤل بأن الجمع بين التغذية بسعرات حرارية شديدة الانخفاض والعلاج السلوكى ، وبرامج مواصلة أفضل يمكن أن يحقق فقداناً باقياً للوزن .

رغم عدم صمود هذه التطورات العلاجية ، يوجد تحول مهم فى الاتجاهات ، فقد تحولت الثقة الكبيرة التى عبرت عنها تقارير العلاج المبكرة إلى رؤية أكثر حذراً فى إدراك الأخصائيين النفسيين والفسيولوجيين أن انخفاضاً جوهرياً ودائماً للدهون ، قد لايتحقق بالضرورة فى حالة كل المرضى البدناء ، وقد أكدت بعض التقارير (Wooley and Wooley , 1979 ; Wardle , 1989 ; Garner and Wooley , 1991) أهمية قبول أن بعض المرضى قد لايحققون إطلاقاً الوزن المستهدف . وفى هذه الحالة تصبح المساعدة على اكتساب السعادة بصحة جسمية ونفسية أفضل ، على الرغم من أن البدانة مكوناً مهماً فى العلاج . وقد تم فى هذا السياق تبنى أهداف علاجية ، تسعى إلى تحسين نوعية غذاء البدناء ، وزيادة مستويات نشاطهم ومساعدتهم على تبنى صورة أكثر إيجابية للذات . وبهذة الطريقة يمكن خفض عوامل الخطر المتعلقة بأمراض الشرايين التاجية (كالكلسترول والتوتر الزائد) ، وتحسين السعادة النفسية ، حتى عندما لايمكن تحقيق خفض فى الوزن . وتوحى الدلائل الحديثة أنه حتى الانخفاض الضئيل فى الوزن يمكن أن يخفض من مستويات عوامل الخطر بقدر جوهرى (Blackburn and Kanders, 1987). وتتضمن أغلب برامج العلاج السلوكى المعرفى للبدانة العناصر الآتية :

(أ) ملاحظة ذاتية للسلوك . (ب) تحديد الأهداف العلاجية . (جـ) تحديد وتعديل المنبهات الفارقة . (د) تبديل النمط الغذائى . (هـ) خفض مقدار الطاقة المكتسبة (و) زيادة مستويات النشاط . (ز) تحديد المكونات المعرفية الانهزامية. وتتوفر نصائح أكثر فى الكتب التالية : ستيورات Stuart (1967) وستيوارت وديفز Stuart and Davis (1972) ، وماهونى وماهونى Mahoney and Mahoney (1976) ، وستنكارد وماهونى Stunkard and Mahoney (1976) ، وجيفرى وكاتز Jeffery and Katz (1977) ، وأجراس Agras (1987) ، ولوبو LeBow (1989) وسيتم وصف كل اسلوب باختصار فى الأجزاء التالية .

مراقبة الذات :

يعد استخدام السجلات ذات الصور المتنوعة التى تعرضها الكثير من كتيبات العلاج (مثال ذلك : Jeffery and Katz , 1977 ; LeBow , 1989) عماد إجراءات التقيم . إلا أنه يمكن بالمثل أن يكون

بمثابة إضافة علاجية ؛ فالمواقف والأوقات والحالات الواقعية ، التى يحدث فيها تناول للطعام يمكن تحديدها ، وهى توفر معلومات حول أيها يمكن التحكم فى منبهاته . والمرضى الذين يضمّنون فى تقاريرهم إجراءات الملاحظة الذاتية ، يمكنهم إجراء التغيرات بأنفسهم (Ost and Gottesman , 1976) وتذكر بعض الدراسات أن فى مقدورهم خفض أوزانهم ، بما يضاهى مايمكن تحقيقة ، من خلال برامج سلوكية أكثر تعقيداً (Romanczyk et al ., 1973) ومازال الميكانيزم المؤثر فى هذا الأمر غير واضح ،على الرغم من افتراض أنه يقف خلف الإمكانات المتزايدة للتغير الناتجة عن الوعى الذاتى المتزايد . وأحد دلالات ذلك هى أن المعلومات الأساسية التى تتوافر من خلال مراقبة الذات تميل لإخفاء المدى الخاص بأية مشكلات سلوكية . والمراقبة المستمرة للوزن أو الأكل يمكن أن تؤدى بالمثل إلى تحسن الاستمرارية . وعندما تقدم التوصيات حول الخطوات ، التى يتعين إتخاذها إذا عاد الوزن للزيادة مرة أخرى ، حتى حدود معينة ، فيجب أن تعزز المراقبة المستمرة للتحكم فى الوزن على المدى الطويل . وعيب هذا الأسلوب هو أن المراقبة المستمرة والانتباة الوسواسى للوزن والأكل يمكن أن يزيدامن تكلفة نوعية الحياة التى ترجح مزايا خفض الوزن . ومن المؤكد بالطبع أن الوساوس حول الوزن ، التى تعبر عنها الحضارة الغربية يحتمل أن تؤدى إلى قدر كبير من المشكلات لا الحلول .

المواقف المستهدفة

السبب الواضح لعلاج البدانة هو خفض الوزن أو الدهون ، وعادة مايوضع هدف أو مجموعة أهداف فى هذا المجال .وتعتمد قيمة الهدف المختار على عدد من العوامل التى تتضمن الوزن المرغوب(Metropolitan Life Insurance Company, 1983) ، والتاريخ الخاص بوزن الشخص ، والاعتبارات الصحية ، ومعلومات المعالج حول الوزن ، الذى يحتمل أن يفقدة المريض نتيجة للعلاج . والمقدار التقليدى للوزن الذى يمكن فقدة يدور حول ١٠ أرطال فى أغلب العلاجات السلوكية ،التى تم تقييمها (Jeffery et al ., 1978) على الرغم من توصل دراسات فردية إلى نتائج أفضل على المدى القصير (مثال ذلك : Wadden and Stunkard , 1986) وعادة ماتحدد الأهداف الفرعية للخفض على مدى الأسبوع بأقل قليلاً من ذلك (بين رطل إلى رطلين فى الاسبوع) ، وذلك بهدف الإقلال من تأثير التضور جوعاً ، ولأن هناك بعض الدلائل على أن الأهداف الواقعية ترتبط بالنتائج الأفضل ، ويتعين ملاحظة أن استهداف فقد مابين ١٠ - ٢٠ رطلاً يمكن أن يكون أكثر دلالة من المنظور الإحصائى وليس الشخصى بالنسبة للشخص الذى يكون مفرط البدانة . وبالتالى فمن الجوهرى مناقشة أهداف فقد الوزن بكل جوانبة ، وبشكل واقعى عند بدء العلاج . وعند تضمين الإجراءات العلاجية ممارسة للرياضة ، فيتعين عندئذ وضع أهداف أكثر ملاءمة لتغيير السمنة (مثال ذلك محيط الجسم) ، وليس مجرد الوزن ؛ لأن ذلك يعد تعبيراً أفضل عن تغير التركيبة البدنية .

وتتطلب الأساليب الجديدة لتدبر السمنة ، والتى تستهدف تحسين احتمالات الخطر مجموعات مختلفة من الأهداف . وقد تكون هذه الأهداف سلوكية (مثال ذلك الاختيارات الغذائية أو مستويات النشاط) أو فسيولوجية (مثال ذلك مستوى الدهون ، واللياقة البدنية) .

التحكم فى المنبه :

تحديد وتعديل المنبهات الفارقة

قدم فيرستر وزملاؤه (1962) . Ferster et al فكرة التحكم فى المنبة . وهى تمثل مرحلة فى فرض عام ، يرى أن مبادئ التدعيم يمكن تطبيقها ذاتياً بالقدر نفسه من البساطة ، التى يمكن أن تضبط به من الخارج . ويفترض فيرستر ان سلوك الأكل جزء من سلسلة سلوكية محكومة بالمؤشرات البيئية والمترتبات ، التى إذا أمكن التعامل معها بصورة ملائمة فستؤدى إلى تنظيم كمية الأكل المستهلك ، دون اعتماد على قوة العزيمة . ويمكن بناء على المقابلات والسجلات تحديد مقدمات الأكل وتطبيق استراتيجيات التعديل الملائمة .

وقد أورد ستيوارت وديفز (1972) Stuart and Davis وبرونل (1987) Brownell عدداً من المقدمات التنبهية التى وجدوا أنه من المفيد تعديلها ، وهى تتضمن وجود طعام مرغوب فية حول مكان السكن، والموقف الذى يتم فية تناول الطعام ، والأنشطة التى تتم خلال تناول الطعام . وبتعبير آخر فإن الناس يميلون إلى الأكل استجابة لتوفر الأطعمة المرغوبة ، وأنهم ياكلون خلال تبادل الأحاديث ، أو مشاهدة التليفزيون . وياكلون فى مختلف حجرات البيت . ويؤدى الحد من شراء الطعام ، ووضع قيود على الأكل ليكون فى مكان واحد محدد إلى خفض استهلاك الطعام .

ويفترض بالمثل أن للأكل مترتبات تعزيزية إيجابية قوية ، بمعنى أنه مبهج ، وتحدث النتائج العكسية للتوازن الإيجابى للطاقة مثل السمنة وانخفاض اللياقة البدنية فى المستقبل ، وليس على الفور . وبالتالى تهدف أغلب اساليب العلاج السلوكى ، التى توضع فى سياق تكنولوجيا التشريط الفعال ونموذج التدعيم الذاتى أو الخارجى عبور الفترة الزمنية ، قبل حدوث انخفاض فى الوزن .

ويقوم العملاء فى بعض البرامج بإيداع مقدار من النقود أو بعض الأشياء الثمينة لكى يستعيدونها بعد ذلك ، أو يفقدونها بناء على نتائج العلاج (Mann, 1972)كما يمكن تدريب العملاء أيضاً على مبادئ التدعيم ، وأن يشجعوا على تبديل نمط حياتهم ، وبالتالى تصبح الأحداث السارة متوافقة مع الأداء السلوكى المستهدف أو الأهداف المتحققة . والأمثلة على هذا الأسلوب تكون بجعل بعض الأنشطة المثيرة للبهجة متزامنة مع تجنب الأكلات الخفيفة خلال النهار ، وممارسة النشاط الرياضى وإنهاء برامج شراء الطعام .

وتميل الدراسات التى قيمت إجراءات التحكم فى المنبة فى حد ذاتها إلى الإشارة إلى أن الوزن انخفض بالقدر نفسة ، عادة بين رطل ورطلين فى الأسبوع ، ولكن بينما أوضحت بعض الدراسات أن النتائج قد تكون أفضل مما يتحقق فى الاجراءات السلوكية (Beneke et al ., 1978) فشلت دراسات أخرى فى التوصل إلى تاثير محدد . والتعريف الواضح للتحكم الذاتى ، باعتبارة إجراءً علاجياً فعالاً يتطلب إيضاح أنه قد أدى إلى التغيرات السلوكية المرغوبة ، وأن هذا التغير السلوكى لم يحدث دون هذا التدريب المحدد ، وأن التغير السلوكى كان هو المسئول حقيقة عن خفض الوزن . وقد علق الكثير من المؤلفين على ذلك بأن العلاقة بين العلاج بالتحكم الذاتى والتغير الوظيفى وانخفاض الوزن يظل فى حاجة إلى الإيضاح (مثال ذلك : Brownell and Stunkard , 1978; Jeffery et al ., 1978)

تبديل نمط الأكل :

يتسم «نمط أكل البدانة » كما سُمّى فى وقت ما بالتهام الطعام بسرعة والمضغ القليل لكل قضمة (Schachter , 1971 ; Stuart and Davis , 1972) وتعتمد دلالة هذا الأمر من حيث الأسباب المرضية ، وتدبر البدانة على النظرية التى ترى أن بقاء الطعام فى المعدة يستثير إشارات الشبع فيها بعد فترة متأخرة ، وبالتالى يفترض أن الأكل ببطء يتيح الوقت لإشارات الشبع للعمل . أما الأكل السريع فيكتمل قبل تنشيط ميكانيزمات الشبع . والواقع أن الدلائل الخاصة بالأكل السريع لدى البدناء ملتبسة ، وإسهام سرعة الأكل فى زيادة الوزن ، أو بطء الأكل فى خفض الوزن ، سيظل فى حاجة إلى الإيضاح (Mahoney , 1975)

وعلى الرغم من ذلك ، فقد تكون هناك أسباب أخرى ، تدعو لخفض سرعة تناول الطعام ، مثل زيادة الوقت الذى يستغرقة الأكل المثير للبهجة ، وخفض معاناة الشعور بالذنب ، ولإمداد الشخص مفرط البدانة ببعض المؤشرات المباشرة للتحكم ، وبناء على ذلك فإن خفض سرعة تناول الطعام من خلال وقفات بين امتلاء الفم يمكن أن يكون جزءاً من الأسلوب السلوكى .

وكان الجانب الخاص بنمط الأكل الذى جذب اهتماماًمتزايداً هو الأكل الانفعالى[1] , Ganley) 1988 ; Wardle et al ., 1992) والأكل استجابة للحالات الانفعالية السلبية نمط شائع ، قد يبرهن عليه انه صعب على وجة الخصوص فى الحالات ،التى يكون هدف المريض فيها التحكم فى الأكل . فإذا استثار الاكتئاب على سبيل المثال انتهاك النظام الغذائى ، فسيسبب بدورة لوم للذات ، وبالتالى زيادة جديدة فى الاكتئاب ، وتؤدى هذة المرحلة إلى التهيئة لدورة كاملة من النكوص . ويمكن للميكاينزمات من هذا النوع أن تشجع الأكل بنهم ، وتؤدى إلى استمرارة ، وإذا كان الأكل الانفعالى خاصية معتادة لنمط أكل المريض ، فسيصبح من المحتم عندئذ أن يضمن هذا فى الأهداف العلاجية . ومساعدة المريض على تطوير واستخدام بدائل (يفضل أن تكون غير متوافقة) للحالة المزاجية السلبية يعد من الأمور المهمة .

تبديل مقدار الطعام المستهلك

لم يعد هناك جدال ، أو هناك القليل منه ، حول فكرة أن البدناء فى حاجة للأكل بطريقة مختلفة ، ومن المفترض أنهم سيحتاجون لقدر أقل من الطاقة ، وإلى تبديل مصادر الطاقة نحو الكربوهيدرات المركبة والابتعاد عن الدهون . ولا تتجنب التغيرات السلوكية الحاجة إلى خفض السعرات الحرارية ، وتصمم أغلب أساليب العلاج لجعل تغيير مكونات الغذاء أسهل ، بمعنى آخر ، يعد العلاج السلوكى بمثابة الوسط الذى تتم خلالة التغييرات الغذائية . ونموذجياً تعد التوصيات التى يقدمها المعالج مهمة من الناحية الغذائية فى الوقت ، الذى يؤخذ فيه فى الإعتبار تفضيلات الفرد الغذائية . وبصفة عامة فإن تعلم مراعاة الاعتبارات الغذائية يمكن أن يساعد الأفراد على القيام باختيارات للطعام ، تتفق والنظام الغذائى، وأن يكونوا راضين عنها فى الوقت نفسة ، ولهذا فإن خفض استهلاك السعرات الحرارية يمكن تطبيقه بطريقة تؤدى إلى أدنى إرباك لنمط الحياة . وتتوفر الآن بالفعل المعلومات حول مكونات الطعام لدى بعض الأفراد البدناء ، ومقدار ماتحتوية من طاقة ، غير أن أغلبهم سيحتاج تزويدة بالمعلومات . وقد فتحت الضغوط المتعلقة بالسعرات الحرارية التى تحسب للوجبة الواحدة خلال الستينيات والسبعينيات الطريق لتأكيد أهمية الوجبات قليلة الدهون . وهناك مقترحات ترى أن الوجبة التى تحتوى على دهنيات منخفضة،

---

(1) Emotional Eating .

ستقلل من تخزين الدهون ، ويمكن أن تيسر المرونة فى الأخذ بالقيود الخاصة بالسعرات الحرارية .

وكانت نتائج البحوث فى العلاج السلوكى دائمًا ماتقارن العلاج السلوكى / الغذائى بالأساليب الغذائية البسيطة ، وهى توضح بصورة نمطية وجود ميزة هامشية عند تضمين العلاج السلوكى (Penick et al ., 1971 ; Levitz and Stunkard , 1974 ; Wilson and Brownell , 1980)

وتوحى الدلائل المتزايدة أن الغذاء والبدانة يمكن أن يؤديا كل منهما باستقلال عن الآخر لمخاطر أمراض الشرايين التاجية ، وأن التحول إلى الأكل الصحى يجب النصح به لكل المرضى البدناء . ويعنى ذلك ضرورة التعليم والتدريب على اختيار الوجبات ، التى تتشبع بأقل درجة من الدهون والزيادة فى الألياف(1) والفيتامينات المضادة للأكسدة (2). وتعليم فهم البيانات المرفقة بالاطعمة هو الخطوة الأولى . كما يتوفر أيضًا عدد من كتب الطهو المتخصصة فى الأطعمة قليلة الدسم ، مرتفعة الالياف ، والتى يمكن أن تكون مفيدة .

زيادة استهلاك الطاقة

قدمت البحوث المبكرة فى العلاج السلوكى مجرد تلميح رمزى لأهمية استهلاك الطاقة . ويرجع ذلك جزئيًا إلى أنه كان من المعتقد أن من الصعوبة بمكان إحداث زيادة فى السلوك . ومن المؤكد أن البدناء أنفسهم كانوا يريدون إنقاص كمية الطعام ، الذى يتناولونه بدلاً من أن يزيدوا من مقدار النشاط الذى يبذلونه . وقد يكون مثل هذا التفضيل موجهًا جيداً للتغير السلوكى ، الذى يكون من السهل اكتسابه ، ولكنه لايؤدى بالضرورة إلى التنبؤ باستمراريته . وهناك بعض الدلائل فى حالة الأشخاص الأسوياء على أن ممارسة الرياضة تؤدى دورًا تدعيميًا بمجرد قيام الشخص بها ، وذلك لأن خفض مستوى النشاط يعد أمراً منفراً . (Glasser , 1976) والسبب الثانى لتجاهل ممارسة الرياضة ، هو أنه كان يعتقد أنها تلعب دوراً محدوداً فى خفض الوزن ، ويعتقد أغلب البدناء فى هذة الفكرة . وعلى الرغم من ذلك ، فهناك دليل الآن على أن ممارسة الرياضة تسهم بطرق مختلفة ، بالاضافة إلى ذلك ، فى الاستهلاك المباشر للسعرات الحرارية ، كما يبدو أنها تؤثر فى عمليات توازن الطاقة بحيث يفقد الأشخاص الذين يمارسون الرياضة قدراً أكبر من الــوزن ، أكثر من القدر الذى يمكن التنبؤ به نتيجــة الفقدان المباشر للطاقة ، الناتج عن التمرينات الرياضية (Bray , 1976) وقد يرجع ذلك إلى إخماد الشهية أو إلى التغيرات الأيضية الأكثر دقة .

ويبدو أن الرياضة المخفضة للوزن تتغلب أيضًا على الانخفاض فى المعدل القاعدى الأيضى ، الذى يعانى منه الآكولين (Mayer , 1968) . وأخيراً فمن المعروف أن ممارسة التمرينات الرياضية تؤدى إلى الحفاظ على بنية الانسجة الخالية من الدهون ، خلال فترة فقدان الوزن ، ويفقد الأشخاص الذين يخفضون أوزانهم ، من خلال القيود الغذائية فقط كلاً من الدهون وبنية الأنسجة ، بينما تكون الغلبة عند استعادة الوزن للدهون . وبالتالى تؤدى الدورات المتكررة من فقدان الوزن واستعادته إلى زيادة نسبة دهون الجسم . بينما يميل الأشخاص الذين يخفضون أوزانهم باستخدام قيود غذائية وممارسة للرياضة إلى الحفاظ على بنية الأنسجة ، ويؤدى ذلك بالتالى إلى منع استعادة الأنسجة للدهون فى مجمل البنية الجسمية (Parizkova , 1977 ; Brownell and Stunkard , 1980; Thompson et al .,

(1) Fibre .
(2) Antioxidant .

1982) وقد أظهرت سلسلة من البحوث غير المضبوطة (١) أن الأشخاص ، الذين كانوا يمشون لمدة ثلاثين دقيقة إضافية فى اليوم فقدوا ٢٢رطلاً خلال عام واحد (Gwinup, 1975) وقد وجد ستالوناس وزملاؤه (1978) . Stalonas et al أن الرياضة تساوى فى تأثيرها التحكم الغذائى خلال فترة العلاج ، وأنها أكثر فعالية خلال فترة المتابعة ، بالمثل وجد دالكويتر وزملاؤه (1979) . Dahlkoetter et al ، وبيرى وزملاؤه (1986) . Perri et al ، أن المجموعة التى جمع أفرادها بين التحكم الغذائى وممارسة الرياضة فقدت قدراً أكبر من الوزن ، خلال فترة المتابعة بالمقارنة بمجموعة ، استخدم أفرادها التحكم الغذائى فقط. ويبدو أنه من غير المحتمل أن تؤدى برامج الرياضة فى الوقت الراهن إلى فقدان جوهرى متفوق للوزن ، ولكن قد يكون لها دور هام تلعبة فى منع الإنتكاس بعد العلاج . وهناك سبب مختلف تماما لممارسة الرياضة المخفضة للوزن فى برامج علاج البدانة ، متضمن فى خفض عوامل الخطر الجسمية . فغالبًا ماتتأثر كل عوامل الخطر فى البدانة (مثل ضغط الدم المرتفع ، ومستوى الدهون المرتفع . الخ) بالتمرينات الرياضية . والتى يمكن أن تتغلب بالتالى على التأثيرات المرضية للبدانة (Boyer and Kasch , 1970) وبالإضافة إلى ذلك ، توحى الدلائل التراكمية أن ممارسة الرياضة تتضمن تأثيرات مفيدة على صورة الجسم ، وتقدير الذات ، والمزاج . وهى جميعها عناصر ذات أهمية خاصة لدى الأشخاص البدناء (Bouchard et al., 1990) ، وتعتمد الفائدة المحققة من الرياضة على إذعان المريض لبرامج التمرينات الرياضية . والإذعان فى هذا المجال سيء السمعة إلى حد ما . ويبلغ معدل الإذعان لبرامج اللياقة فى أمراض الشرايين التاجية لدى الأشخاص مرتفعى الدافعية لأقل من ٦٠فى المئة . ويبلغ لدى مجموعة من المتطوعين الأصحاء ٣٥ فى المئة فقط ، هم من أذعنوا تماماً لبرامج اللياقة (Ballantyne et al ., 1978) . وتوصلت نتائج برامج التمرينات الرياضية للأشخاص البدناء إلى نتائج مماثلة (Gwinup, 1975; Krotkiewski et al ., 1977) . غير أن معدلات الإذعان تحسنت حديثًا من خلال اقتباس أساليب تعديل السلوك (Dahlkoetter et al ., 1979; Perri et al ., 1986) ، واستخدام نظام ثنائى لدعم المشاركين . بين الجلسات ، ووديعة مالية تصادر كغرامة ، لعدم حضور الجلسات ، يعد من الاستراتيجيات التى يمكن أن تكون مساعدة .

تحسين صوره الجسم

تمثل صورة الجسم السلبية لدى البدناء مشكلة فريدة فى مجال اضطرابات الأكل ، فعادة مايكون أصحاب فقدان الشهية العصبى أو الشرة العصبى دون النموذج المفضل اجتماعياً للوزن . ويتجاوز البدناء هذا النموذج بحكم التعريف ، ويميل المعالج لتبنى التفضيلات الثقافية لنحافة المظهر . وقد يكون تدبر صورة الجسم السالبة مشابهاً بقدر أكبر لحالات الشعور بوصمة (٢) جسمية . وقد أوصى سوبال Sobal (1991) باستراتيجية ذات أربعة مكونات : ١ - الاعتراف بالوصمة ٢- كن مستعداً للموقف الذى يمثل وصمة . ٣ - استجب بشكل مناسب . ٤ - حل المشكلات التى تؤدى إليها الوصمة . وتعد هذه الاستراتيجية إطاراً مفيداً للغاية ؛ لمساعدة المرضى البدناء على التعامل مع حالتهم . ويمكن فى الوقت نفسة استخدام أساليب تحسين صورة الجسم والتى تتضمن استراتيجيات معرفية (مثال ذلك خفض التعبيرات الذاتية السلبية) والطرق السلوكية (مثال ذلك استخدام التعرض التدريجى لمواقف محرجة، مثل : السباحة والرقص) (Butters and Cash , 1987; Dworkin and Kerr, 1987) . ولدى

(1) Uncontrolled .
(2) Stigma .

الكثير من المرضى البدناء قائمة من المواقف التجنبية ، تتراوح بين تجنب شراء الملابس إلى تجنب الصلات الجنسية ومساعدتهم على تخطى هذة المخاوف والتغلب عليها يمكن أن يكون جزءاً مهماً فى عمليات تأهيلهم .

ويعتمد تخطيط برنامج التدريبات الرياضية لا على مجرد اختيار المستوى الصحيح من الأنشطة ، ولكن على السياق الذى تتم فية أيضاً . وتستخدم الآن المبادئ السلوكية ، مثل : التحكم فى المنبه (١)، ومراقبة الذات ، والتدعيم لتحقيق ميزة زيادة الإيضاح لهذة البرامج . وتوحى إجراءات التحكم فى المنبة أن البرامج الرياضية التى تتضمن تغيرات محدودة فى الأنشطة اليومية البسيطة ، ستكون أيسر من حيث الالتزام بها (حيث تتطلب درجة أقل من قوة الإرادة) مقارنة بتلك التى تتطلب على سبيل المثال الحضور بعد مواعيد العمل إلى ساحة ألعاب (جمنزيوم) ، على مسافة بعيدة بقدر ما . ويحتمل أن يؤدى العائد المتحقق من النتائج ، من خلال برامج مراقبة الذات التى تمتد من الأنشطة إلى اللياقة إلى البدانة .. إلخ ، إلى الإسهام الإيجابى فى الموقف ، بالإضافة إلى استخدام نظام من المكافآت . ويمكن تطبيق كل ذلك ذاتيًا (مثال ذلك أن يشاهد المريض برنامجًا تليفزيونيًا بعد إكمال تدريباتة ، أو يقوم بإيداع مقدار من النقود، ينفقة على نفسة أو فى عمل خيرى محبب مكافأة لة على انصياعه للبرنامج على امتداد الأسبوع أو يحصل على تشجيع خارجى من أصدقائه وزملائة أو من المعالج مثلاً (Wysocki et al ., 1979) ، ويعتمد اختيار ممارسة الرياضة جزئيًا على المزايا المتوقعة منها ، فإذا كانت اللياقة البدنية هى الإهتمام الأولى ، فإن الرياضة الكثيفة للغاية ، التى تؤدى إلى زيادة معدل ضربات القلب بصورة متصلة ستكون مهمة (Morehouse and Gross , 1975) ومن المهم للغاية فى هذة الحالة الحصول على النصيحة الطبية بشأن البرنامج الرياضى . ويؤدى البرنامج الرياضى الذى يتضمن تدريبات شاقة (مثل السباحة وركوب الدراجة والجرى والرقص) ، والذى يستمر لمدة تتراوح بين ١٥ - ٣٠ دقيقة ، ويتكرر ثلاث مرات على الأقل فى الاسبوع لمدة ١٠ - ١٢ أسبوعًا إلى زيادة لياقة الشرايين التاجية ، وإنقاص دهون الجسم، وزيادة مرونة الأنسجة ، وتنعكس هذة الآثار الاخيرة على مدى سمك طبقة الجلد ، وبقدر أبطئ على خفض الوزن ، إذا ماحدث مثل هذا الخفض . وإذا كان الهدف الأساسى هو خفض مخاطر أمراض الشرايين التاجية وخفض الوزن ، وليس اللياقة البدنية فلا حاجة لممارسة رياضة شاقة ، فالمشى والعمل فى الحديقة والرياضة الخفيفة وبقية أنماط الحياة النشطة يمكن أن تكون مفيدة للصحة ، ويمكن أن تساعد على توازن الطاقة . وحيث يكون الهدف الرئيسى زيادة نسبة الوقت المستغرق فى المجهود النشط . ويمكن تحقيق ذلك من خلال وصفة معينة ، مثال ذلك المشى لمدة ٣٠ دقيقة يوميًا أو القيام بانشطة تتضمن مجهوداً مثل صعود السلالم بدلا من استخدام المصاعد ، والمشى بدلاً من قيادة السيارة . وقد قدم براونيل وستنكارد Brownell and Stunkard (1980) مقادير السعرات الحرارية المستهلكة فى الانشطة المختلفة .

خفض الأفكار السلبية

أصبح العلاج السلوكى يتضمن الآن إشارات أكثر للعمليات المعرفية . ولا يعد العلاج السلوكى للبدانة استثناءً من ذلك (Leon , 1979) وكانت الاستخدامات المبكرة للأساليب المعرفية فى علاج البدانة تميل إلى استخدام التنفير(٢) . وقد أوصى هوران وزملاؤة Horan et al ., (1975) وآخرون غيرة الشخص البدين أن يتبنى نمطًا سلبيًا وناقداً فى الحديث إلى النفس ، وكان الهدف من وراء ذلك توفير

(1) Stimulus Control .
(2) Aversion .

تدعيم سلبى ، يمكن أن يؤثر فى كمية الأكل . وقد تم الجمع بين هذا الأسلوب ، وبين استخدام صورة إيجابية لمظهر ذاتى جديد يتسم بالرشاقة كوسيلة للمكافأة . ويعيب هذا المنحى تأكيده على المكونات المعرفية السلبية لدى المرضى المعروف عنهم أن لديهم صورة سلبية اساساً عن الذات ، وشعبية منخفضة ، ويعانون من سوء المعاملة والتمييز نتيجة لحجمهم . ولايمكن التوصية باستخدام حزمة علاجية تتضمن تدريبًا على التقدير المنخفض للذات فى الحالات ، التى لايمكن فيها تحقيق خفض جوهرى فى الوزن ، أو التى لايؤدى خفض الوزن فيها إلى تغيير فى مشكلة الانخفاض فى تقدير الذات .

والمنحى المقابل أقرب إلى الأفكار الحديثة فى علاج المرضى البدناء ، فهو يشجع صورة الذات الإيجابية ، ويشجع النمو فى تقدير الذات ، ويتعين أن يكون استخدام اساليب العلاج المعرفى جزءاً روتينيًا فى العلاج . ويحتمل أن يسهم التفكير الإيجابى فى الوصول إلى حالة مزاجية أفضل ، وتوقعات أعلى للتغير (Mahoney and Mahoney , 1976) . ويمكن للاستراتيجيات المعرفية التى تهدف تحسين صورة الجسم أن تكون مفيدة للغاية . وبالإضافة إلى تحديد وتعديل الأفكار السلبية ، سيكون من المفيد توعية المرضى البدناء بالمعلومات حول الحقائق المغلوطة الشائعة ، حول أن الأشخاص البدناء لايأكلون أكثر مما يأكل النحفاء ، وأن البدانة البسيطة أو المتوسطة لاتتضمن مخاطر صحية للنساء ، وأن محددات البدانة بيولوجية أساسا ، وأن النظام الغذائى يخفض المعدل الأيضى ويعزز الميل لاختزان الدهون ، وبالتالى لايوجد أى علاج فعال . ويمكن فى هذا السياق إعطاء المرضى البحوث الحديثة حول البدانة ، التى تلخص الحقائق حول هذة النقاط مثل مقالات وولى وزملائها (Wooley and Wooley , 1979; Garner and Wooley , 1991 أو كتاب مارسيا ميلمان (1980) Marcia Millman . وفى الوقت نفسة يمكن تأكيد أهمية ومزايا الأكل الصحى ونمط الحياة النشطة ، واللذين لهما مترتبات نفسية وطبية إيجابية . كما يمكن أن تكون مبادئ بوليفى وهيرمان Polivey and Herman فى البرامج غير الغذائية مفيدة أيضًا (Polivey and Herman , 1992) .

خلاصـــــة

تتزايد نسبة أصحاب الوزن الزائد بين السكان ، فى الوقت الذى تُقاوم فية الضغوط الاجتماعية في اتجاه الرشاقة . وغالبا مايمثل التحكم في الوزن أحد الانشغالات الرئيسية لدى النساء فى العالم الغربى . وتكون الضغوط أكبر تحت هذة الظروف لتقديم العلاج ، غير أن مخاطر استغلال هذا الوضع تظل أكبر . والدلائل الحالية تبين أن الناس لديهم فرصة ضئيلة لفقدان قدر كبير من الوزن . وهناك التزام على الاخصائيين النفسيين ألا يقدموا الكثير من الوعود ، أو أن يسهموا فى زيادة إحساس المريض بالفشل عندما تكون النتائج ضعيفة .

ومؤشرات وولى وولى (1979) Wooley and Wooley العامة لأولئك الذين يقدمون العلاج للبدانة مازالت ملائمة ، حتى الآن ، وتتلخص فى الآتى :

١ – يتعين ألا يُسقط المهنيون فى مجال الرعاية الصحية قيمهم الخاصة على المرضى بأن ينتقدوا زيادة وزنهم أو يحرصوا على العلاجات غير المرغوبة .

٢ – يتعين نصح المرضى بالمخاطر الصحية المتعلقة بالبدانة بطريقة تسمح بأصح تقييم لهذه المخاطر لدى الشخص المعين .

٣ – يتعين إعطاء المرضى أية معلومات متاحة على المدى القصير ، وعلى المدى البعيد حول معدلات نجاح العلاج.

٤ – يتعين مساعدة المرضى على اتخاذ قرارات مستقلة .

٥ – يتعين تقديم المساعدة للمرضى الذين يختاروا الحفاظ على الزيادة فى أوزانهم ؛ لكى يتوافقوا مع مترتبات قراراتهم .

٦ – يتعين تقديم المساعدة للمرضى ، الذين يفشلون فى إنقاص وزنهم .

٧ – على المعالجين المساعدة فى رفع الضغوط غير الملائمة ، التى تقع على الأشخاص أصحاب الوزن الزائد ، مجاراة للمعايير الاجتماعية . (Wooley and Wooley , 1979 : 77) .

ورغم ذلك ، فالموقف لايخلو من الأمل . ويجب التفكير فى التحكم فى الوزن لسببين يتعلق أحدهما بالمخاطر الصحية ، ويتعلق الثانى بالصورة السلبية للجسم لدى البدناء .

ويتباين التوازن بين هذين الدافعين لدى المرضى . وحتى عندما يكون التحكم فى الوزن غير ممكن واقعيًا ، فإن خفض المخاطر الصحية وتحسين صورة الجسم أمران يمكن تحقيقهما ، ويمكن خفض مخاطر الشرايين التاجية بتبنى نظام غذائى صحى (غير محدود السعرات الحرارية بالضرورة) وبزيادة مستوى الأنشطة ويمكن لصورة الجسم أن تتأثر إيجابًا بالجمع بين الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية .

علاج فقدان الشهية

خلـفيـة

دائما مايكون لمرضى فقدان الشهية تاريخ جيد قبل المرض ، ومشكلات حادة نسبيا . وقد جذبت صعوباتهم جهود المعالجين من مدارس علاجية مختلفة ، ولكنهم برهنوا على مقاومتهم للتغير بقدر مثير للدهشة .

وتتضمن الخصائص النفسية الأساسية فى فقدان الشهية شذوذًا فى تعاطى الطعام ، يؤدى إلى نقص الوزن وبغض لاستعادته . وبالإضافة إلى هذه الصعوبات ، يعبر الكثير من المرضى عن صراعات تدور حول التحكم والسلوك الجنسى والإنجاز والنضج . والتى يمكن أن تتضمن جميعها دلالات تتعلق بالمرض وأسبابه .

والصورة الكلاسيكية لفقدان الشهية العصبى هى لأمرأة شابة هزيلة القوام ، ترفض أن تأكل مايزيد عن كمية ضئيلة من الأطعمة ذات السعرات الحرارية المنخفضة . وعلى الرغم من ذلك ، كان من الواضح فى وقت ما أن نسبة من مرضى فقدان الشهية يحتمل أن تصل إلى ٥٠ فى المئة منهم يأكلون بشراهة ، أو أنهم يتقيئون بعد ذلك ، أو يسيئون استخدام الملينات . ويرى عدد من المؤلفين أن الفروق بين من يقيدون أكلهم وبين الأنماط الفرعية من مرضى الشره العصبى ، تشير إلى أن لهما تشخيصاً مختلفاً . (Decosta and Halmi , 1992) وعلى عكس البدناء الذين يعرفون أنفسهم ، فإن فقدان الشهية لايتضمن استبصاراً . وأغلب مرضى فقدان الشهية لديهم صورة مشوهه عن الجسم ، وخوف من البدانة، بما يجعلهم يقاومون قبول أى علاج يؤدى إلى زيادة الوزن ، وبالتالى يصبح من الضرورى بداية تكريس قدر هام من الجهد لإغراء المريض للمشاركة فى العلاج . ويتعين اتخاذ إجراءات علاج قسرية فى الحالات، التى يصل فيها فقدان الوزن لمستوى تهديد الحياة . ويمكن للمترتبات الطبية لفقدان الشهية أن تكون خطيرة. والموت شائع بدرجة مخيفة بين هؤلاء المرضى ؛ نتيجة للتعقيدات الخاصة بالجوع الشديد ، والقىء وسوء استخدام الملينات. ومن الأمور الحيوية للغاية إجراء تقدير لحالة المريض ؛ بهدف تقييم الأعراض

الأيضية ووظائف التبول والكبد والموقف الغذائى (Turner and Shapiro , 1992)

وتفضى الإجراءات العلاجية لفقدان الشهية لمسارين من الاهتمامات : فتتجه جهود التمريض والرعاية الطبية نحو الاستعادة الفورية للوزن والتنظيم الأيضى ، والذى غالبًا ما يتطلب إقامة المريض فى المستشفى . ويتجة العلاج بعد ذلك ، عندما تحدث بعض التغيرات فى الوزن إلى العلاج النفسى ، الذى يستهدف الاتجاهات والمعتقدات ، المفترض أنها تقف خلف مشكلة الوزن . ولسوء الحظ لايتساوى النجاح فى الحالتين ؛ إذ تبدو زيادة الوزن ممكنة على المدى القصير بالنسبة لأغلب المرضى ، غير أنه تبين أن حدوث تغـيـر أكبر ودائم كان أكثر صعـوبة . وتكشف المتابعات على المدى الطويل لعلاج مرضى فقدان الشهية عن استمرار الشذوذ فى أنماط الأكل وفى الاتجاهات ، كما تكشف أيضًا عن معدلات انتكاس مرتفعة (Hsu et al ., 1979 Garfinkel and Garner , 1982; Kreipe et al ., 1989)

التحكم فى الوزن

كثيراً مايتطلب الفقدان الخطير للوزن أن يتم العلاج بالإقامة فى المستشفى . وكان موقف الإقامة هو المتضمن فى أغلب تقارير التحكم فى الوزن ، على الرغم من الاعتراف بأنه يمكن علاج بعض المرضى خارج المستشفى (Barcai , 1971; Agran and Werne , 1981; Yates , 1990; Herzog et al ., 1992)

وقد صدرت أول تقارير العلاج السلوكى لفقدان الشهية العصبى عام ١٩٦٥ (Hallsten , 1965 Bachrach et al ., 1965) ; ثم بمفردها أو بالجمع بينها وبين العلاجات الدوائية أو النفسية ، ثم أصبحت عماد أساليب التحكم الحالية . وجوهرالعلاج السلوكى هو تقديم عائد وتعزيز اكتساب الوزن . وقد أشارت التقارير المبكرة لاستخدام أسلوب الحرمان من المزايا (الزوار ، الملابس ، التليفزيون ، والمكالمات التليفونية) ، والتى يعود المريض للحصول عليها بشكل منظم ، بناء على تحقيقة زيادة فى وزنة (Bachrach et al ., 1965; Leitenberg et al ., 1968) وقد توسع بلندر وزملاؤة Blinder et al ., (1970) فى هذا الأسلوب ؛ لكى يتضمن التمرينات الرياضية ، التى تعد تفضيلات معروفة لدى مرضى فقدان الشهية ؛ للوصول إلى مستويات عليا من النشاط ، يعد مصدراً تدعيمياً مناسباً على وجة الخصوص . وعموماً . فإن تطبيق إجراءات التدعيم يبدأ مع جمع البيانات القاعدية حول الأكل والوزن على امتداد أسبوع ، أو نحو ذلك . ويتم تحديد الوزن المستهدف مع بداية العلاج ، اعتماداً على الوزن الصحى السابق ، أو على بعض التقديرات التقريبية (٩٠ فى المئة على سبيل المثال) من الوزن المعيارى بين السكان (Metropolitan Life Insurance Company , 1983) ثم يتم تعاقد بشكل رسمى أو شبة رسمى مع المريض ، يحدد فية متوسط الوزن المستهدف وقائمة التعزيزات . وغالبًا ماتخضع بعض المعزرات لبعض القواعد الأخلاقية « فيتعين أن يتضمن استخدام أساليب التدعيم فى البرامج العلاجية تقديم الأطعمة ، أو المزايا التى تؤدى إلى التحسين على وجة الحصر » (Royal College of Psychlatrists et al ., 1980 : Chapter4, par. 49) وبالتالى لايتعين وضع قيود على استخدام الحمامات أو التليفون ... الخ . ولكن لاقيود على استخدام المزايا الإضافية مثل الحصول على انتباة فريق الرعاية والتنزة والمجلات ، والتى يمكن استخدامها كمكافآت لزيادة الوزن . وعادة ماتتحقق الزيادة فى الوزن ، نتيجة لتناول وجبات مرتفعة السعرات الحرارية ، ويوصى بمقدار يومى من السعرات بين ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ ، مع السماح بقدر أقل من ذلك فى البداية (Halmi et al ., 1975) ، وتتضمن إجراءات التمريض تشجيع وإغراء المريض على تناول وجبات إضافية كبيرة . ,e . g. Morgan and Russell)

(1975 ، غير أن تناول الطعام يترك لحرية المريض فى برامج العلاج التى تعتمد على التشريط الفعال (١)، وحيث يراقب الوزن فقط . وقد يكون لهذا الأسلوب بعض المزايا إذ يجنب الصراعات حول الطعام ، كما أن النوعية الغذائية ضرورية أيضاً ؛ إذ إن المريض دائماً مايكون غير مستبصر بعناصر الأكل الصحى السليم.

ويبلغ متوسط الوزن الذى يتعين زيادته فى العلاجات المختلفة بين ٣ - ٤ أرطال فى الأسبوع (Van Buskirk, 1977) وبالتالى فإن أهداف زيادة الوزن التى تدور حول نصف رطل فى اليوم ، ستكون ملائمة ويُعتقد على نطاق واسع أن المعدلات المرتفعة للزيادة فى الوزن ، ستؤدى لعدم تمكن المريض من قبولها ، بالإضافة إلى آثارها الجانبية غير السارة .

ويستطيع أغلب المرضى الإذعان لهذا النظام ، وهم يذعنون له بالفعل ، ولكن على حساب أشياء أخرى شخصية ؛ إذ إن زيادة الوزن هى الشىء الوحيد ، الذى كانوا يثابرون على تجنبه ، وهم يتفهمون معاناتهم من بعض الكدر الذى يشعرون به . ويمكن للتعليقات التى تصدر من فريق المستشفى وأفراد العائلة ، التى تشير إلى تحسن هيئة المريض أن تئول بصورة سلبية ؛ حيث يكون الكثير من المرضى فى نضال نشط مع مظهر غير صحى هش .

وقد اكتسبت الأساليب التشريطية الفعالة شعبية ، عندما استخدمت إمكانية تحقيق زيادة فى الوزن، دون استخدام عقاقير أو إجراءات قسرية . وقد أظهرت سلسلة من دراسات الحالة أن اكتساب الوزن ارتبط بالإجراءات التعزيزية (Blinder et al ., 1970; Garfinkel et al ., 1973; Bhanji and Thompson , 1974) وعلى الرغم من ذلك ، لم تتوصل الدراسات المضبوطة للمتوسط القاطع للزيادة المتوقعة . وقد وجد إيكرت وزملاؤة (1979) .Ekert et al ، من خلال دراسة منهجية عشوائية أن العلاج البيئى (٢) أدى إلى القدرالفورى نفسه من الأكتساب الذى تحققة الإجراءات التدعيمية . ولم يجد جارفينكل وزملاؤة (1977) . Garfinkel et al فى دراسة معادة فروقاً بين الأساليب السلوكية والعلاج النفسى (٣) عند المتابعة .

تتوفر أيضاً تقارير حول التأثيرات الجيدة للجمع بين العلاج الاسرى (٤) ، وتعديل السلوك (٥) Rosman et al . (1975) ، ولمنحى علاجى نفسى أكثر صرامة (Crisp, 1965; Hall and Crisp , 1987 ; Crisp et al ., 1991) ، على الرغم من أن هذا الأخير يتضمن بالضرورة نظاماً غير رسمى لتشجيع ومؤازرة زيادة الوزن . وقارن كريسب وزملاؤة (1991) . Crisp et al فى أحد البحوث القليلة المضبوطة بين علاج متخصص داخل المستشفى ، أو علاج متخصص خارج المستشفى (جمعى أو فردى) مع حالات أعيد تحويلها إلى طبيب العناية الاولية ، أو الخدمات السيكايترية المحلية . وقد حققت العلاجات الثلاثة المتخصصة زيادة مشابهة فى الوزن ، كانت جميعها أعلى مما تحقق لدى المجموعة الضابطة ، ولم توجد فروق جوهرية بين الحالات ، التى عولجت والحالات الضابطة على بقية المقاييس .

(1) Operant - based programs .
(2) Milieu therapy .
(3) Psychotherapy .
(4) Famiiy therapy .
(5) Behavior modification .

وبالتالى فإن الدلائل الحالية تشير إلى أن المناحى العلاجية ، التى تقوم على أيٍّ من المواقف النظرية المختلفة ستؤدى إلى نتائج جيدة ، من حيث تحقيق زيادة فى الوزن على المدى القصير . ودلالة هذة النتيجة هى أن قوة العلاج قد تكمن فى الخصائص المشتركة بين البرامج المختلفة ، مثل : قبول المريض لحاجته للعلاج ، وإبعاد المريض عن بيئتة المنزلية ، ودعم فريق العلاج لاكتساب الوزن وزيادة الأكل، وليس فى المكونات النوعية فى العلاج . وقدم هالمى Halmi (1985) وأجراس Agras (1987) الخطوط العريضة فى هذا المجال .

تدبر اتجاهات فقدان الشهية

يحصل المرضى على علاجات أخرى ، غالبًا ماتكون خارج المستشفى ، بعد أن يكون هناك استمرار فى اكتساب الوزن . وتصاغ هذة العلاجات نظريًا باعتبارها علاجًا للمشكلات الكامنة ، التى تنشأ عند فقدان الوزن (Bruch, 1973) ، وهى تهدف لتشجيع وتقييم آثار العلاج الفعال (١) (Halmi et al., 1975) ، والتعامل مع الصراعات التى تنشأ مع زيادة الوزن والنضج البدنى (Crisp, 1980) ، أو علاج الاتجاهات غير السوية نحو الوزن والأكل (Garpinkel and Garner , 1982) ، وقد استخدمت فى ذلك العديد من المناحى المختلفة ، إلا أنه لاتوجد بعد دراسات مضبوطة ، توضح بشكل غير ملتبس كفاءة الكثير من هـذه الأساليب العلاجية ، التى تستغرق فترات طويلة . ويتضمن العلاج فى بعض الأحيان منحى معين ، مثل : التحليل النفسى التقليدى (Silverman , 1974) ، والعلاج الأسرى (Minuchin et al ., 1978) أو تعديل السلوك (Halmi et al ., 1975) . على الرغم من ذلك ، فالأكثر شيوعًا هو تطوير الاخصائيين الأكلينيكيين ، أصحاب الخبرة لأساليبهم الخاصة المشتقة من خلفيات نظرية متعددة ، والتى تستهدف الصعوبات النوعية ، التى يعتقد أن مرضى فقدان الشهية العصبى يعانون منها (1973) Bruch . وقدم كل من سيلفينى - بالازولى Selvini - Palaz3olli (1974) وكريسب (1980) Crisp وجارفينكل وجارتر (1982) Garfinkel and Garner وجارتر وبيمس Garner and Bemis (1985) تفاصيل وتقدير دقيق لجهودهم الأكلينيكية فى هذا المجال ، غير أنه لاتتوفر حتى الآن بيانات حول النتائج ، يمكن على أساسها الاختيار بين هذه الأساليب . وعلى الرغم من ذلك ، يتفق كل الأخصائيين النفسين على خصائص معينة فى الخليفة النفسية لمرضى فقدان الشهية العصبى ، تتطلب انتباهًا علاجيًا ، وتناقش فى الأجزاء التالية بعض المكونات الشائعة فى العلاج .

العلاقة مع المعالج

تعد إقامة علاقة تدعيمية مع المعالج جزءاً مهمًا فى علاج فقدان الشهية العصبى . ولايسهل دائمًا تحقيق ذلك ؛ نتيجة لتضارب مشاعر مرضى فقدان الشهية نحو العلاج . وبالأخص عندما يتطلب زيادة فى الوزن . ومن الجوهرى أن يوفر للمريض فهم دقيق حول معنى الوزن والبدانة ، بالإضافة إلى الالتزام بنمط علاجى واضح وموجة بشكل أمين . ويحاول بعض المرضى تضليل المعالج عمداً ؛ بهدف تجنب المترتبات التى تسبب لهم الخوف ، ويتعين التعامل مع هذا الأمر دون تدمير للعلاقة معهم . وقد أكد جارنر Garner (1985) ردود الفعل الانفعالية السلبية القوية التى يستجيب بها مرضى فقدان الشهية فى بعض السياقات العلاجية . ويوصى بعدد من الخطوات التى يمكن القيام بها لخفض ردود الفعل هذه . ومن بين أهم الأمور أن يكون المعالج خبيرًا ، ويفهم الاعتماد المتبادل بين العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية فى الإضطراب ، ولدية شغف أصيل بهذا النوع من المرضى .

(1) Operant treatment .

تعديل صورة الجسم

يصف الكثير من المرضى أنفسهم على أنهم بدناء . ولدى بعضهم صورة مبالغ فيها عن ضخامة أجسامهم . ويوفر التقييم الدقيق لصورة الجسم وتوفير عائد هذا التقييم للمريض إمكانية التغيير . ويمكن الحصول على تأثير أكبر ، من خلال إعداد شريط فيديو للمريضة ، إلى جانب نساء أخريات ممن لاتُقيم أجسامهن بطريقة مشوهة . وبالإضافة إلى مواجهة المريضة بالمعلومات حول الحجم الحقيقى لجسمها ، يجب إمدادها ببعض الاستراتيجيات ، التى تمكنها من إعادة تفسير مفاهيمها المشوهه . ويمكن أن يتضمن ذلك تبادلاً لحوار جدلى ، أو تعليمها أن تعطى مقداراً أقل من الانتباه للمعلومات الإدراكية (Garner and Bemis, 1985) وقد طورت أساليب معرفية - سلوكية لتعديل صورة الجسم Butters) . and Cash , 1987)

التفاعل الأسرى الاجتماعى

يمكن بالنسبة للمرضى الذين مازالوا على علاقة وثيقة بالأسرة تغيير الكثير من أنماط التفاعل المعقدة والمتشابكة ، وأنماط التواصل والتدعيم بصورة إيجابية (Strober and Humphrey, 1987) ، حتى دون القيام بعلاج أسرى شامل . وعلى المعالج أن يفحص الموقف الأسرى، ويقيم ويعدل المجالات التى تتعارض مع التحسن وقد يمتد ذلك من اكتشاف حاجة الأسرة لأن يكون بها عضو مريض ، إلى احتمالات امتداح واعجاب أسرة المريض وأصدقائه بمظهره البدنى المرضى , Branch and Eurman) (1980 . ويتعين على المعالج أن يتذكر فى هذا السياق أن مشكلة التغذية بمثابة مرض مستوطن بين النساء ، وأن أعضاء أسرة المريض من النساء يمكن أن يكونوا عرضة للضغوط نفسها ، ولكن بقدر أقل من النجاح ، لذا فإن درجة من الحسد قد تكون موجودة . وقد علق كثير من الأخصائيين النفسين على صعوبة تمتع مرضى فقدان الشهية بحياتهن الأستقلالية المفضلة والمنظمة ، وأن هذا الأمر يتجاوز حدود الصعوبات السوية ، التى توجد لدى المراهقين ، وبالتالى فإن المساندة والإرشاد سيكونا مهمين . وتؤكد كل البحوث الوصفية التى أجريت على مرضى فقدان الشهية ، وبالأخص المرضى المقيدين لغذائهن وليس الشرهات على أنهن انطوائيات وقلقات اجتماعياً (Beumont et al ., 1976; Casper et al., 1980) ، وتتعزز هذه الخصائص بتجنب اجتماعى ثانوى ، تسببه مخاوف مواجهة المواقف ، التى يتوقع أن تتضمن تناولاً للطعام ، ويؤدى كشف مواقف المريض وصعوبات المواقف الاجتماعية إلى تعرف عديد من المجالات، التى تتضمن مشكلات يمكن التعامل معها بعد ذلك ، وبما يسمح للمريض أن يستأنف حياة اجتماعية أكثر سواءً . وقد أوردت التقارير كثيراً من الصعوبات فى مجالات الأداء النفسى الجنسى ، ومن المعتقد على نطاق واسع أن المرض يتضمن تعقيدات ليست بعيدة الصلة عن تجنب النضج الجنسى (Crisp, 1980) . وعلى الرغم من ذلك ، تتوفر دلائل قليلة من المقابلات التفصيلية مع مرضى فقدان الشهية حول معلوماتهن الجنسية ، واتجاهاتهن وخبراتهن الجنسية قبل المرض على أنهن يختلفن عن سائر النساء السويات . وعلى الرغم من ذلك فما أن يستقر نمط فقدان الشهية ، حتى تذكر أغلب المريضات انخفاضاً فى طاقتهن الجنسية (Beumont et al ., 1981; Burvat - Herbaut et al ., 1983)

تحدى الاتجاهات والمعتقدات فى فقدان الشهية

إحدى الخصائص التى تعد ،على نطاق واسع ، عقبة رئيسية أمام التحسن على المدى الطويل فى فقدان الشهية ، هى معتقدات المريض الصارمة حول الخطأ الجوهرى فى البدانة والأكل ، وصواب النحافة والقيود الغذائية . وتتضمن المرحلة الأولى فى التعديل تمكن المريض من تحديد هذه المعتقدات ومساعدته

على فهم الفرق الدقيق بين الضغوط الاجتماعية المتعلقة بالنحافة ، والتى تؤدى إلى نماذج لعارضات الموضة تتسق مع خصائص فاقدى الشهية ، وبين البواعث المرضية للنحافة ، التى تدمر الحياة الشخصية للمريض ، وفهم الضغوط الاجتماعية حول الأطعمة بالمثل ، والتى تتضمن اعتبار بعض الأطعمة المعينة سيئة أو دسمة ، والتى يجب أن تفهم باعتبارها خلفية الحماس المبالغ فيه ، الذى يتصرف مرضى فقدان الشهية وفقًا له .

وغالبًا مالايعى مرضى فقدان الشهية الآثار الفسيولوجية والنفسية للتضور جوعاً ، والتى وثقها كيز وزملاؤه (Keys et al. (1950 بتوسع . وتوفر مناقشة هذة الأمور مع المريض استبصاراً جيدًا ، وقد تزيد من دافعية للتغير ، ويمكن أن يتلو ذلك توفير معلومات غذائية مناسبة . وتمهد هذه الاستبصارات الطريق لتخلى المريض عن موقفه ، ثم يتلوها منحى علاجى ، يقوم على أسس معرفية .

وقد أوضح جارنر وبيمس (Garner and Bemis (1985 وجارفينكل وجارنر Garfinkel and (Garner(1982 بعض التشوهات فى التفكير ، التى دائمًا ما يذكرها مرضى فقدان الشهية ، كما قدمت واردل (Wardle (1989 بعض المقترحات الأخرى للتدخل .

خلاصـــــة

لاتوفر دراسات المتابعة لفقدان الشهية العصبى التى تمتد لفترات أطول ، ومهما كان الأسلوب العلاجى ، نتائج مشجعة (Steinhausen and Glanville, 1983) ، ويفقد كثير من المرضى أوزانهم مرة أخرى بعد خروجهم من المستشفى ومن بين أولئك الذين لايفقدون أوزانهم عدد كبير ، يصبح لديهم وزن زائد (Seidensticker and Tzagournis , 1968) وحتى فى حالة الوزن السوى ، يستمر الكثير من المرضى فى عادات أكل غير سوية ، ويبدأ بعضهم فى الأكل بشراهه ثم التقيؤ ، بينما يظهر البعض الآخر توقفًا وتقييدًا ، ومن بين مجموعة كريسب Crisp المكونة من ١٩ مريضًا ، الذين حققوا زيادة فى الوزن ، تضاهى المستويات السكانية السوية ، والتى تلاها علاج نفسى خارج المستشفى كان من بينهم ٩ فقط هم من يقال أنهم أصبحوا أحسن حالاً (Crisp , 1965) وفى مجموعة عام ١٩٧٩ (Hsu et al ., (1979 صنف ٤٨ فقط من بين ١٠٠ مريض فى فئة اصحاب النتائج الجيدة . وبالمثل أعاد مورجان ورسل (Morgan and Russell(1975 أكثر من نصف مرضاهم للمستشفى أخرى ، خلال السنوات الاربعة من متابعتهم منذ دخولهم المستشفى أول مرة . ويذكر مورجان وزملاؤه (Morgan et al . (1983 أن مجموعة مرضاهم الذين عولجوا أساساً خارج المستشفى ، فشل ٤٢ فى المائة منهم فى تحقيق شفاء تام . ويذكر هيجز وزملاؤه (Higgs et al . (1989 نتائج ضعيفة مشابهه . كما يصف كريب وزملاؤه Kreipe (et al . (1989 ظهور شره عصبى ، فى حوالى ٥٠ فى المئة من الحالات .

وتميل العوامل المؤدية لمآل جيد فى الوقت الراهن ، لأن تكون عوامل عامة لاتخص الطبيعة المرضية فى فقدان الشهية ، أو نوع العلاج ، من ذلك شخصية جيدة قبل بداية المرض ، وعلاقات أسرية جيدة . وعلى الرغم من ذلك فإن الأعراض النوعية مثل الخوف من البدانة هى التى لايمكن تغييرها . وتحتاج الجهود البحثية التالية للتوجة نحو هذة المشكلات الصعبة ، ونحو عمليات التغير ، وبهذا يمكن بدء فهم نتائج العلاج بمفاهيم العمليات العلاجية .

علاج الشره العصبى

خلفية

تم تعريف الشرة العصبى فى فترة أحدث ، ولكنة اضطراب شائع بصورة متزايدة ، وتعانى منة النساء الشابات . والخاصية الأساسية فيه هى نوبات من الافراط الشديد فى الأكل (شره) ، الذى يحتل موقعاً مقابلاً لخلفية حادة من القيود الغذائية . وغالباً (وليس دائماً) مايتبع الشره فى الأكل قيء متعمد، أو استخدام مفرط للملينات . وهناك الكثير من الاتفاق بين الخصائص النفسية لهؤلاء المرضى، وخصائص فقدان الشهية ، من ذلك مقت البدانة فى المحل الأول . والكثيرون من هؤلاء المرضى لهم تاريخ سابق فى فقدان الشهية العصبى ، أو فترات من القيود الغذائية ، وفقدان الوزن بعد بداية الشره (Russell , 1979; Fairburn and Cooper , 1984; pyle et al ., 1981) ، وفى مقابل ذلك يوجد لدى نسبة مهمة من مرضى فقدان الشهية نمط أكل شره ، أو أنهم يميلون لتطوير مثل هذا النمط ، وبما يؤكد الصلة الوثيقة بين هذة الاضطرابات (Garfinkel et al ., 1980; Dally and Gomez , 1979; Hsu et al ., 1979; Kreipe et al., 1989) ويعد الخوف من زيادة الوزن واضطراب صورة الجسم من الأمور المحورية فى هذا الاضطراب.

والفرق التشخيصى الجوهرى بين فقدان الشهية العصبى والشره العصبى هو الوزن ؛ إذ يتطلب تشخيص فقدان الشهية العصبى أن يكون وزن الجسم منخفضاً ، بينما يكون وزن أكثر مرضى الشره العصبى الذين يسعون للمساعدة أقل قليلاً من المعتاد ، أو وزناً زائداً فى حالات نادرة . وعلى الرغم من ذلك ، قام جارنر وزملاؤه Garner et al.(1985a) بفحص صدق التمييز بين الشره المصحوب بفقدان الشهية وغير المصحوب بفقدان لها ، ووجدوا دلائل على أن فاقدى الشهية الشرهين يشبهون بدرجة ألصق الشرهين أصحاب الوزن العادى ، أكثر مما يشبهون فاقدى الشهية ، أصحاب القيود على الأكل . ويتعلق فرق ثانى بإدراك المرض ؛ فمرضى الشره دائماً مايكونون واعين بعدم سواء سلوكهم ، وهم منزعجين لكل من انشغالهم بالطعام وشرههم . وبالتالى فهم أكثر ميلاً للبحث عن المساعدة من مرضى فقدان الشهية، ممن يكون إنكارهم للمرض أحد العلامات المميزة لهم .

ويتضمن تراث علاج الشره سلسلة من الحالات الفردية ، كما يضم خلال الفترة الأحدث محاولات مضبوطة (Freeman et al ., 1988; Fairburn et al ., 1991) ، وهناك زيادة ضخمة فى الاهتمامات فى هذا المجال ، كما تضمنت التقارير العلاجية للشره خلال السنوات الحديثة عدداً من تقارير علاج فقدان الشهية العصبى . وهناك خط عام مؤكد فى هذا التراث العلاجى ، يتضمن تطبيقاً لعادات الأكل السوية ، وخفضاً للقيمة المبالغ فيها للنحافة . ويمكن فى هذا المجال استخدام البرامج العلاجية السلوكية والمعرفية سواء فرديا أو على أسس جماعية . ودائماً مايتم العلاج خارج المستشفى ، وليس لمرضى مقيمين . وهناك احتمال كبير أن مواقف العلاج الجماعى توفر دعماً ونصحاً لأفراد الجماعة بطريقة فعالة . غير أن الحاجة الدقيقة لتطوير برنامج علاج فردى ، تتغلب أحياناً على مزايا الدعم الاجتماعى . ويميل القدر الأكبر من البحوث المنشورة نحو التوجهات العلاجية المعرفية والسلوكية ،على الرغم من أن المعالجات النساء أكدن على مايعتقد أنه صراعات أساسية فى سيكلوجية المرأة ، تعد بمثابة الأسباب الجذرية لمشكلات الأكل (Orbach, 1984) ووفقاً لهذا يوصين بمناخ علاجية تقوم على التحليل النفسى . وعلى الرغم من ذلك ، لاتوجد دلائل جوهرية على اضطراب أساسى فى الشخصية لدى النساء الشرهات ، وبالتالى يبدو أن المناحى العلاجية السلوكية والمعرفية المباشرة توفر أفضل شكل من العلاج .

وهناك أيضًا بعض الاهتمام بالعلاج الدوائى ، والعلاج الذى يجمع بين الدواء والعلاج السلوكى . وقد تبين فى دراسة واحدة أن الجمع بين العلاجين أفضل من أستخدام مضادات الاكتئاب وحدها ، وربما أفضل من العلاج السلوكى وحده ، على المدى القصير على الأقل (Agras et al ., 1992) .

وكان القئ هو المستهدف فى بعض العلاجات ، فى ضوء فهم أن القئ يدعم الأكل بشراهة (Welch , 1979; Rosen and Leitenberg , 1982) ، وقد جرى التأكيد فى حالات أخرى على علاج التحكم فى الأكل فى حد ذاتة (Fairburn , 1981; Smith and Medlik , 1983; Lacey , 1983) بينما انصب تأكيد البعض الأخر على استعادة أنماط الأكل غير المقيد (Garner et al ., 1985b) ويصف جونسون وزملاؤه .,Johnson et al ما أسموة منحى تدبر الأعراض (1)، والذى يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية (Johnson et al ., 1987) . وتعتبر جودة العلاقة بالمعالج أمرًا شديد الأهمية فى علاج فقدان الشهية . وتتضمن الأجزاء التالية وصفًا مختصرًا لمكونات العلاج .

الرقابة الذاتية على تناول الطعام ، والقئ ، والانشغال بالطعام

لايستطيع الكثير من المرضى مجرد تذكر متى كانت أخر مرة تناولوا فيها الطعام بطريقة سوية ؛ مما يتطلب مرانًا لهم . وغالبًا مايقوم كل المعالجين بتشجيع المرضى على التخلى عن القيود الغذائية والعودة إلى الأكل بطريقة عادية . ويبدو أن كمية طعام يومية تتكون ، من ٢٠٠٠ سعر حرارى تقريبا من خلال ثلاث وجبات ، مع أكلات خفيفة واحدة أو اثنتين فى اليوم ستكون مناسبة لأغلب المرضى . غير أن التعليمات التفصيلية تكون ضرورية فى الكثير من الحالات ؛ لتجنب الشك والصراع . ويتم الضغط بشدة على ضرورة الأكل بمعدلات طبيعية حتى إذا حدثت نوبة نهم . وسيكون من الحكمة فى البداية تجنب الأطعمة « الخطيرة » وإن كان يمكن تقديمها تدريجيًا . وقد تبين بعض المرضى أنه من المفيد أن تكون لديهم نسخ من صفحات مفكرات يومية لأشخاص يأكلون بطريقة سوية (أو على الأقل لأشخاص سبق أن كانوا مرضى وعولجوا) ليستخدمونها فى المقارنة – ويندهش مرضى الشره ، مثلهم فى ذلك مثل مرضى فقدان الشهية ، من اكتشاف أن الانشغال بالطعام والرغبة أو التشوق للأكل والفشل فى الشبع والنهم يميل للحدوث ؛ نتيجة للحرمان من الطعام . ودائمًا مايكون من المفيد وصف الدراسات المتعلقة بعدم السواء فى الأكل للاشخاص المقيدين بنظام غذائى (Herman and Poilvy , 1980; Wardle , 1987) ، وتاثيرات التضور جوعًا (Keys et al ., 1950) . ويقدم جارنر وزملاؤه Garner et al . (1985b) برنامجًا تعليميًا نفسيًا ممتازًا فى هذا الشأن .

وقد برهن الجوع والشبع أيضًا على أنهما مُشكلين . ولدى الكثير من المرضى متاعب فى تعرف هذه الحالات . ويشجع المرضى فى بعض البرامج ؛ ليكونوا أكثر استجابيةً لاحتياجات جسمهم ، وأن يراقبوا مشاعرهم ، وان ياكلوا عندما يكونون جوعى « فعلاً» . وعلى الرغم من ذلك ، يوحى التراث الخاص بتنظيم كمية الطعام أن هذا الأمر قد يكون جزءًا صعبًا فى الموقف . وقد تتطور أنماط الجوع والشبع استجابة لأوقات وكميات الأكل ؛ إذ من المؤكد أن عادات المرضى فى الأكل والتقيؤ الممتدة لفترات طويلة ، غالبًا ماتقطع الروابط بين الحالة الواقعية والخبرة الذاتية ، ويبدو أن أكثر النماذج المفيدة هنا هى نماذج التعلم ؛ أى أن الجوع والشبع يتطلبان نمط وجبات منتظمة (Booth, 1980) ، وامتناعًا عن تناول الطعام فى غير أوقاته . وتؤيد سجلات الأكل ذلك ، ويكتسب أغلب المرضى الإحساس بالجوع والشبع حول أوقات وجباتهم المعتادة.

(1) Symptom mangement approach .

التعرض للأطعمة الممنوعة

يقسم مرضى الشره الطعام إلى نوعين . يسمى أحدهما طعاماً « سيء » أو « سُمّى » أو ممنوعاً أو خطراً ويتناولونه فقط فى حالة النهم . ويسمى النوع الثانى جيداً . والنوع الأول من الأطعمة غير متنوع ، وذو سعرات حرارية مكثفة ، بينما الأخير طعام حميد، مثل الفواكة والخضروات والأجبان قليلة الدسم...إلخ .

واستجابة المرضى لرؤية الأطعمة الخطيرة أو التفكير فيها ، يجعلهم فى شدة القلق ، وفى صراع ومعرضين لخطر النهم.

ويقبل أغلب المعالجين فكرة الحاجة ، فى عمليات تطبيع الأكل ، إلى توازن بين التحكم فى المنبة والتعرض . ويتعين أولا بهدف خفض تكرار نوبات النهم ، أن يكون التعرض لمواقف النهم محدودا ، وأن يتم مساعدة المريض على الحصول على مساندة لتجنب النهم . ويمكن تدريجاً إعادة تقديم الطعام المثير للخوف ، ومواجهة المواقف المثيرة للخوف ، ويبدو أن التعرض مفيد ، ويمكن أن يؤدى تقديم الأطعمة السيئة أولا فى وجود المعالج ، ثم للمريض بمفردة إلى انكماش حجم قائمة الأطعمة السيئة . ويصف بعض الأخصائيين الأكلينيكيين ذلك بتعبيرات التعرض ومنع الاستجابة ، على الرغم من أن الآراء تتباين حول ما إذا كانت الاستجابة المقصودة هى الأكل (Schmidt and Marks , 1988; Tensen et al ., 1989) أو التقيؤ (Rosen and Leitenberg, 1982) . وعلى الرغم من ذلك ، هناك الآن بعض الشك حول ما إذا كان منع استجابة التقيؤ مكوناً علاجياً ذا قيمة أم لا (Agras et al ., 1989) .

خفض التقيؤ وسوء استخدام الملينات

تم تناول هذا الأمر بداية ، بالتركيز أساساً على مخاطر التحلل الكهربائى [1] (Mitchell et al., 1983; Tohnson et al ., 1987) والدور الذى يلعبة التقيؤ فى مواصلة النهم هو أنه يهيئ نظام الشبع، ليتفق مع تناول كميات ضخمة من الطعام ، وتجنب مترتبات النهم . وعادة مايمكن ، عند هذه النقطة ، أن يطلب من المرضى التوقف ، أو وضع سلسلة من الاهداف للخفض المستمر من القئ . ومن المثير للدهشة أن التخلص من كل من القيئ وسوء إستخدام الملينات برهن على أنه ليس أمراً صعباً دائماً . ويمكن فى بعض الحالات الأخرى تضمين التعرض النشط ، ومنع الاستجابة فى برنامج يسمح فيه للمريض أن يأكل حتى يصل إلى مستوى إلحاح الرغبة فى التقيؤ وعندئذ يقوم بمقاومتها . وعلى الرغم من ذلك أظهرت مجموعة المرضى ، الذين استخدموا التعرض فى دراسة مضبوطة تحسناً ضئيلاً مقارنة بمجموعة عدم التعرض (Leitenberg et al ., 1988)

التغلب على إلحاح الأكل

أكثر الأساليب شيوعًا فى هذا المجال هى تحديد المؤشرات البيئية / المعرفية ، وأن يتم إرشاد المريض لتجنبها أو إبعاد انتباهه عنها ، إلى أن يتم تنظيم تناول كميات طعام عادية . وأكثر المثيرات شيوعًا هى كون الشخص بمفردة وبدون صحبة ، وفى حضرة أطعمة « سيئة » . وقد تقنع مراقبة المريض الذاتية لتشوقة للأكل ، أن تأخير تناولة سيسمح بإضعاف الإلحاح ، غير أن هذا الأمر لايحدث دائماً . وفى مثل هذة الأوقات قد يؤدى الاستسلام لإلحاح الأكل بطريقة متحضرة (طبخ الأكل ثم تناولة ببطء على المائدة) إلى أفضل فرص تفادى المسلسل الكامل للنهم .

(1) Electrolyte .

تدبر الانشغال بالوزن

دائما مايمثل الانشغال بالوزن والشعور بالبدانة ضغطًا مكدرًا (Robenson et al., 1983) ويقوم أغلب المرضى بوزن أنفسهم بشكل متكرر ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن شدة الشعور لاترتبط بالوزن الفعلى ، بل بالتنبة الذى يحدثة الاكل أو الشعور بضيق الملابس ، أو بالمزاج السلبى أحيانًا . ويذكر الكثير من المرضى أيضًا تجنبهم لمواقف اجتماعية وجنسية معينة ، يشعرون خلالها أن بدانتهم ستكون ملحوظة .

ويمكن أن يتبع تحديد الأفكار المختلطة (المشوشة) الحصول على تعاون المريضة فى التعامل معها باعتبارها أفكارًا سلبية (Beck, 1976) ، ويمكن عند هذة النقطة استخدام أسلوب يجمع بين المناحى المعرفية والسلوكية بالطريقة التي وصفها فيربورن (Fairburn (1981 أو جارنر وبيمس Garner and Bemis (1985) . وقد وصف وولى وكارنى - كوك (Wooley and Kearney - Cooke (1985 أسلوبًا للتعامل مع اضطراب صورة الجسم ، يؤكد على المعنى الحضارى للنحافة . ودائمًا مايكون من المفيد أيضًا تشجيع المريض للقيام ببعض التمارين الرياضية النشطة (مثل : الجرى ، والأيروبك ، والسباحة) والتى يمكن أن ترتبط دائما بالتحسن فى صورة الجسم .

خـــــــلاصه

كان من المعتقد ، عندما وصفت حالة الشره العصبى للمرة الأولى ، أن مآلها ضعيف (Russell , 1979) لأن مرضى الشره يسلكون بطريقة سيئة فى نظم الرعاية التمريضية داخل المستشفى . وكان من المعروف أن فاقدى الشهية الشرهين يسلكون بقدر أسوأ قليلاً فى العلاج ، مقارنة بالمرضى المقيدين فقط لطعامهم (Casper et al ., 1980) . وعلى الرغم من ذلك يبدو أن هذا التشاؤم لم يكن فى موضعه إذ أن تقارير الحالة التالية تضمنت نتائج إيجابية بشكل عام بعد العلاج خارج المستشفى بمعدلات أسبوعية على امتداد فترات ، تمتد بين ثلاثة إلى أربعة أشهر (Fairburn , 1988) . وقد أيدت الدراسات التى عقدت مقارنات بين تطبيق حزم علاجية متعددة المكونات ، وبين مجموعات ضابطة لم تتلق علاجًا أن العلاج كان فعالاً (Lacey , 1983; Freeman et al., 1988) كما أشارت دراسات أخرى مضبوطة إلى أن العلاج المعرفى السلوكى الكامل أكثر فعالية من التدخلات المختصرة (Ordman and Kirschenbaum, 1985) ومن العلاج الجماعى غير الموجهة [١] (Kirkley et al ., 1985)، والعلاج النفسى التفاعلى [٢] (Fairburn et al ., 1991) . وعلى الرغم من ذلك ، وجدت أغلب الدراسات أن الكثيرين من المرضى لم يتحسنوا بصورة درامية نتيجة للعلاج ، وأن هناك دائما مشكلات انتكاس خطيرة . ونادراً مايكون هناك خلو من الأعراض (Garner , 1987) ؛ ولهذا السبب سيكون من الضرورى الاستمرار فى اكتشاف مناحى علاجيه لهذه المشكلة المكدرة .

---

(1) Non - directive group Therapy .
(2) Interpersonal psychotherapy .

References

Agras, W. S. (1987) *Eating Disorders: Management of Obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa*, New York: Pergamon.

Agras, W. S. and Werne, J. (1981) 'Disorders of eating', in Turner *et al.* (eds) *Handbook of Clinical Behaviour Therapy*, New York: Wiley.

Agras, W. S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S. D., and Telch, C. F. (1989) 'Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 215–21.

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M. and Koran, L. M. (1992) 'Pharmacologic and cognitive-behavioural treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison', *American Journal of Psychiatry* 149: 82–7.

Bachrach, A. J., Erwin, W. J. and Mohr, J. P. (1965) 'The control of eating behaviour in an anorexic by operant conditioning techniques', in L. P. Ullman and J. Krasner (eds) *Case Studies in Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart and Winston.

Ballantyne, D., Clark, A., Dyker, G. S., Gillis, C. R., Hawthorne, V. M., Henry, D. A., Hole, D. S., Murdoch, R. M., Semple, T. and Stewart, G. M. (1978) 'Prescribing exercise for the healthy: Assessment of compliance and effects on plasma lipids and lipoproteins', *Health Bulletin* (July): 169–79.

Banting, W. (1863) *Letter on Corpulence Addressed to the Public*, London: Harrison.

Barcai, A. (1971) 'Family therapy in the treatment of anorexia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 128: 286–90.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International University Press.

Beneke, W. M., Paulson, B. and McReynolds, W. T. (1978) 'Long-term results of two behavior modification weight loss programmes using nutritionists as therapists', *Behavior Therapy* 9: 501–7.

Beumont, P. J. V., George, G. C. W. and Smart, D. E. (1976) '"Dieters" and "vomiters and purgers" in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 6: 617–32.

Beumont, P. J. V., Abraham, S. F. and Samson, K. G. (1981) 'The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 11: 131–40.

Bhanji, S. and Thompson, J. (1974) 'Operant conditioning in the treatment of anorexia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 124: 166–72.

Blackburn, G. L. and Kanders, B. S. (1987) 'Medical evaluation and treatment of the obese patient with cardiovascular disease', *American Journal of Cardiology* 60: 55g–58g.

Blinder, B. J., Freeman, D. and Stunkard, A. J. (1970) 'Behaviour therapy of anorexia nervosa: affectiveness of activity as a reinforcer of weight gain', *American Journal of Psychiatry* 126: 1093–8.

Booth, D. A. (1980) 'Acquired behaviour controlling energy intake and output', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, R. J. and McPherson, B. D. (eds) (1990) *Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge*, Champaign, Ill.: Human Kinetics Publishers.

Boyer, J. L. and Kasch, F. W. (1970) 'Exercise therapy in hypertensive men', *Journal of the American Medical Association* 211: 1668–71.

Branch, C. H. H. and Eurman, L. H. J. (1980) 'Social attitudes toward patients with anorexia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 137: 631–2.

Bray, G. A. (1976) *The Obese Patient*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Brownell, K. D. (1987) *The learn program for weight control*, Philadelphia, PA: University of Pennsylvania School of Medicine.

Brownell, K. D. and Jeffery, R. W. (1987) 'Improving long-term weight-loss: pushing the limits of treatment', *Behavior Therapy* 18: 353–74.

Brownell, K. D. and Stunkard, A. J. (1978) 'Behaviour therapy and behaviour change: uncertainties in programs for weight control', *Behaviour Research and Therapy* 16: 301.

Brownell, K. D. and Stunkard, A. J. (1980) 'Physical activity in the development and control of obesity', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Brownell, K. D. and Wadden, T. A. (1983) 'Behavioral and self-help treatments', in M. R. C. Greenwood (ed.) *Obesity*, New York: Churchill Livingstone.

Brownell, K. D. and Wadden, T. A. (1992) 'Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 505–17.

Bruch, H. (1973) *Eating Disorders, Obesity, Anorexia and the Person Within*, New York: Basic Books.

Burvat-Herbaut, M., Hebbinckuys, P., Lemaire, A. and Burvat, J. (1983) 'Attitudes towards weight, body image, eating, menstruation, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia, compared with 288 normal control schoolgirls', *International Journal of Eating Disorders* 2: 45–59.

Butters, J. W. and Cash, T. F. (1987) 'Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 889–97.

Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C. and Davis, J. M. (1980 'Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 37: 1030–4.

Channon, S. and Wardle, J. (1989) 'Cognitive-behavioural treatment of eating disorders', in J. Scott, M. Williams and A. Beck (eds) *Cognitive Therapy in Clinical Practice*, London: Routledge.

Crisp, A. H. (1965) 'A treatment regime for anorexia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 112: 505–12.

Crisp, A. H. (1980) *Anorexia Nervosa: Let Me Be*, London: Academic Press.

Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldman, D., Levett, G. and Bhat, A. (1991) 'A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 159: 325–33.

DaCosta, M. and Halmi, K. A. (1992) 'Classifications of anorexia nervosa: the question of subtypes', *International Journal of Eating Disorders* 11: 305–13.

Dahlkoetter, J., Callahan, E. G. and Linton, J. (1979) 'Obesity and the unbalanced energy equation: exercise vs eating habit change', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 898–905.

Dally, P. and Gomez, J. (1979) *Anorexia Nervosa*, London: William Heinemann.

Dishman, R. K. (1991) 'Increasing and maintaining exercise and physical activity', *Behavior Therapy* 22: 345–78.

Dworkin, S. H. and Kerr, B. A. (1987) 'Comparison of interventions for women experiencing body image problems', *Journal of Counseling Psychology* 34: 136–40.

Dwyer, J. (1980) 'Sixteen popular diets', in A. J. Stunkard, (ed) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Dwyer, J. (1992) 'Nutritional remedies: reasonable and questionable', *Annals of Behavioral Medicine* 14: 120–5.

Eckert, E. D., Goldberg, S. C. and Halmi, K. A., Caspar, R. C. and Davis, J. M. (1979) 'Behaviour Therapy in Anorexia Nervosa', *British Journal of Psychiatry* 134: 55–9.

Fairburn, C. G. (1981) 'A cognitive-behavioural approach to the management of bulimia', *Psychological Medicine* 11: 697–706.

Fairburn, C. G. (1985) 'Cognitive-behavioral treatment for bulimia', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (1988) 'The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa', *Journal of Psychosomatic Research* 32: 635–45.

Fairburn, C. G. and Cooper, P. J. (1984) 'The clinical features of bulimia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 144: 238–46.

Fairburn, C. G. and Garner, D. M. (1989) 'The diagnosis of bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 5: 403–19.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J. and Hope, R. A. (1991) 'Three psychological treatments for bulimia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 48: 463–9.

Ferguson, J. M. (1975) *Learning to Eat: Behaviour Modification for Weight Control*, Palo Alto, Calif.: Bull.

Ferster, C. B., Nurnberger, J. I. and Levitt, E. B. (1962) 'The control of eating', *Journal of Mathematics* 1: 87–109.

Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turnbull, J. and Henderson, A. (1988) 'Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa', *British Medical Journal* 296: 521–5.

Ganley, R. M. (1988) 'Emotional eating and how it relates to dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger', *International Journal of Eating Disorders* 7: 635–47.

Garfinkel, P. E. and Garner, D. M. (1982) *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York: Brunner Mazel.

Garfinkel, P. E., Kline, S. A. and Stancer, H. C. (1973) 'Treatment of anorexia nervosa using operant conditioning techniques', *Journal of Nervous and Mental Disease* 157: 428–33.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. and Garner, D. M. (1977) 'The role of behaviour modification in the treatment of anorexia nervosa', *Journal of Paediatric Psychology* 2: 113–21.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. and Garner, D. M. (1980) 'The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup', *Archives of General Psychology* 37: 1036–40.

Garner, D. M. (1985) 'Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 4: 701–26.

Garner, D. M. (1987) 'Psychotherapy outcome research with bulimia nervosa', *Psychotherapy and Psychosomatic* 48: 129–40.

Garner, D. M. and Bemis, K. M. (1985) 'Cognitive Therapy for anorexia nervosa', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Garner, D. M., Fairburn, C. G. and Davis, R. (1987) 'Cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a critical appraisal', *Behavior Modification* 11: 398–431.

Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1980) 'Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 10: 647–56.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E. and O'Shaughnessy, M. (1985a) 'The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 142: 581–7.

Garner, D. M., Rockert, W., Olmsted, M. P., Johnson, C. and Coscina, D. V. (1985b) 'Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Garner, D. M. and Wooley, S. C. (1991) 'Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity', *Clinical Psychology Review* 11: 729–80.

Glasser, W. (1976) *Positive Addiction*, New York: Harper and Row.

Gwinup, G. (1975) 'Effect of exercise alone on the weight of obese women', *Archives of International Medicine* 135: 676–80.

Hall, A. and Crisp, A. H. (1987) 'Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year', *British Journal of Psychiatry* 151: 185–91.

Hallsten, E. A. (1965) 'Adolescent anorexia nervosa treated by desensitisation', *Behaviour Research and Therapy* 3: 87–91.

Halmi, K. A. (1985) 'Behavioral management for anorexia nervosa', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Halmi, K. A., Powers, D. and Cunningham, S. (1975) 'Treatment of anorexia nervosa with behaviour therapy', *Archives of General Psychiatry* 32: 93–7.

Heatherton, T. F. and Baumeister, R. F. (1992) 'Binge-eating as escape from self-awareness', *Psychological Bulletin* 110: 86–108.

Herman, P. E. and Polivy, I., J. (1980) 'Restrained eating', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Strober, M., Yeh, C. and Pai, S-Y. (1992) 'The current status of treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 215–20.

Higgs, J. F., Goodyer, I. M. and Birch, J. (1989) 'Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder', *Archives of Diseases of Childhood* 64: 346–51.

Hoberman, H. M. and Kroll-Mensing, D. (1991) 'Eating disorders in adolescents', *Current Opinion in Psychiatry* 4: 542–8.

Horan, J. J., Baker, S. B., Hoffman, A. M. and Shute, R. E. (1975) 'Weight loss through variations in the covenant control paradigm', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 68–72.

Hsu, L., Crisp, A. H. and Harding, B. (1979) 'Outcome of anorexia nervosa', *Lancet* 1: 61–5.

Jansen, A., Van den Hout, M. A., De Loof, C., Zandbergen, J. and Griez, E. (1989) 'A case of bulimia successfully treated by cue exposure', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20: 327–32.

Jeffery, R. W. (1992) 'Is obesity a risk factor for cardiovascular disease?', *Annals of Behavioral Medicine* 14: 109–12.

Jeffery, R. W., Wing, R. R. and Stunkard, A. J. (1978) 'Behavioral treatment of obesity: the state of the art 1976', *Behavior Therapy* 9: 189–99.

Jeffrey, D. B. and Katz, R. G. (1977) *Take It Off and Keep It Off*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Johnson, C., Connors, M. E. and Tobin, D. L. (1987) 'Symptom management of bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 668–76.

Jordan, H. A., Levitz, L. S. and Kimbrell, G. M. (1977) *Eating is Okay: A Radical Approach to Weight Loss, The Behavioral Control Diet*, New York: Rawson.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O. and Taylor, H. L. (1950) *The Biology of Human Starvation*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S. and Bachman, J. A. (1985) 'Comparison of two group treatments for bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 43–8.

Kreipe, R. E., Churchill, B. H. and Strauss, J. (1989) 'Long term outcome in adolescents with anorexia nervosa', *American Journal of Diseases of Children* 143: 1322–7.

Krotkiewski, M., Sjostrom, L. and Sullivan, L. (1977) 'Effects of long term training on adipose tissue cellularity and body composition in hypertrophic and hyperplastic obesity', *International Journal of Obesity* 2: 395.

Lacey, J. H. (1983) 'Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome', *British Medical Journal* 286 (21 May 1983): 1609.

LeBow, M. D. (1981) *Weight Control: The Behavioral Strategies*, New York: John Wiley.

LeBow, M. D. (1989) *Adult Obesity Therapy*, New York: Pergamon.

Leitenberg, H., Agras, W. S. and Thomson, L. E. (1968) 'A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa', *Behaviour Research and Therapy* 6: 211–18.

Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S. and Vara, L. S. (1988) 'Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 535–41.

Leon, G. R. (1979) 'Cognitive-behavior therapy for eating disturbances', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.

Stern, J. S. (1983) 'Diet and exercise', in M. R. C. Greenwood (ed.) *Obesity*, New York: Churchill Livingstone.

Sternberg, B. (1985) 'Relapses in weight control: definitions, processes, and prevention strategies', in G. A. Marlatt, and J. R. Gordon (eds) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Strober, M. and Humphrey, L. L. (1987) 'Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 654–9.

Stuart, R. B. (1967) 'Behavioural control of overeating', *Behaviour Research and Therapy*, 5: 357–65.

Stuart, R. B. and Davis, B. (1972) *Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity*, Champaign, Il.: Research Press.

Stunkard, A. J. and Mahoney, M. J. (1976) 'Behavioural treatment of the eating disorders', in H. Leitenberg (ed.) *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Stunkard, A. J., Foch, T. T. and Hrubec, Z. (1986) 'A twin study of human obesity', *Journal of the American Medical Association* 256: 51–4.

Thompson, J. K., Jarvie, G. J., Lahey, B. B. and Cureton, K. J. (1982) 'Exercise and obesity: Etiology, physiology and intervention', *Psychological Bulletin* 91: 55–79.

Turner, M. St. J. and Shapiro, C. M. (1992) 'The biochemistry of anorexia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 179–93.

Van Buskirk, S. W. (1977) 'A two-phase perspective on the treatment of anorexia nervosa', *Psychological Bulletin* 84: 529–38.

Wadden, T. A. and Stunkard, A. J. (1986) 'Controlled trial of very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination in the treatment of obesity', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 482–8.

Wadden, T. A., Stunkard, A. J. and Liebschutz, J. (1988) 'Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 925–8.

Wardle, J. (1987) 'Compulsive eating and dieting restraint', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 47–55.

Wardle, J. (1989) 'The management of obesity', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

Wardle, J. (1990) 'Conditioning processes and cue exposure in the modification of excessive eating', *Addictive Behaviors* 15: 387–93.

Wardle, J. and Beinart, H. (1981) 'Binge eating: a theoretical review', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 97–109.

Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. and Ogden, J. (1992) 'Eating style and eating behaviour in adolescents', *Appetite* 18: 167–83.

Welch, G. J. (1979) 'The treatment of compulsive vomiting and obsessive thoughts through graduated response delay, response prevention and cognitive correction, *Journal of Behaviour Therapy Experimental Psychiatry* 10: 77–82.

Wilson, G. T. and Brownell, K. D. (1980) 'Behaviour therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome', *Archives of Behavior Research Therapy* 3: 49–86.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Obesity and women II. A neglected feminist topic', *Women's Studies International Quarterly* 2: 81–92.

Wooley, S. C. and Kearney-Cooke, A. (1985) 'Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance', in K. D. Brownell and J. P. Foreyt (eds) *Handbook of Eating Disorders*, New York: Basic Books.

Wooley, S. C. and Wooley, O. W. (1979) 'Obesity and women I. A closer look at the facts', *Women's Studies International Quarterly* 2: 69–79.

Wooley, S. C., Wooley, O. W. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Theoretical, practical and social issues in behavioural treatments of obesity', *Journal of Applied Behavioural Analysis* 12: 3–25.

Perri, M. G., Lauer, J. B., McAdoo, W. G., McAlister, D. A. and Yancey, D. Z. (1986) 'Enhancing the efficacy of behavior therapy for obesity: effects and aerobic exercise and a multicomponent maintenance program', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 404–13.

Pi-Sunyer, F. X. (1987) 'Exercise effects on calorie intake', *Annals of the New York Academy of Sciences* 449: 94–103.

Polivy, J. and Herman, C. P. (1992) 'Undieting: a program to help people stop dieting', *International Journal of Eating Disorders* 11: 261–8.

Pyle, R. L., Mitchell, J. E. and Eckert, E. D. (1981) 'Bulimia: A report of 34 cases', *Journal of Clinical Psychology* 42: 60-4.

Robinson, R. G., Tortosa, M., Sullivan, J., Búchanan, E., Andersen, A. E. and Folstein, M. F. (1983) 'Quantitive assessment of psychologic state of patients with anorexia nervosa or bulimia: response to caloric stimulus', *Psychosomatic Medicine* 45: 283–92.

Romanczyk, R. G., Tracey, D. A., Wilson, F. T. and Thorpe, G. L. (1973) 'Behavioral techniques in the treatment of obesity: A comparative analysis', *Behaviour Research and Therapy* 11: 629–40.

Rosen, J. C. and Leitenberg, H. (1982) 'Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention', *Behavior Therapy* 13: 117–24.

Rosen, J. C. and Leitenberg, H. (1985) 'Exposure plus response prevention treatment of bulimia', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Rosen, J. C., Minuchin, S., Leibman, R. and Baker, L. (1975) 'Input and output of family therapy in anorexia nervosa', in J. L. Claghorn (ed.) *Successful Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Rosman, B. L., Minuchin, S., Leibman, R. and Baker, L. (1975) 'Input and outcome of family therapy in anorexia nervosa', in J. L. Claghorn (ed.) *Successful Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Royal College of Psychiatrists, Royal College of Nursing and British Psychological Society (1980) *Behaviour Modification: Report of a Joint Working Party*, London: HMSO.

Russell, G. F. M. (1979) 'Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 9: 429–48.

Schachter, S. (1971) 'Some extraordinary facts about obese humans and rats', *American Psychology* 26: 129–44.

Schachter, S. and Rodin, J. (1974) *Obese Humans and Rats*, Washington DC: Erlbaum-Halstead.

Schmidt, U. and Marks, J. (1988) 'Cue exposure to food plus response prevention of binges for bulimia: a pilot study', *International Journal of Eating Disorders* 7: 663–72.

Seidensticker, J. F. and Tzagournis, M. (1968) 'Anorexia nervosa – clinical features and long term follow-up', *Journal of Chronic Diseases* 21: 361–7.

Selvini-Palazolli, M. (1974) *Anorexia Nervosa*, London: Chaucer Publishing Company.

Silverman, J. A. (1974) 'Anorexia nervosa: Clinical observations in a successful treatment plan', *Journal of Paediatrics* 84: 68–73.

Smith, G. R. and Medlik, L. (1983) 'Modification of binge eating in anorexia nervosa: A single case report', *Behavioural Psychotherapy* 11: 249–56.

Sobal, J. (1991) 'Obesity and nutritional sociology: a model for coping with the stigma of obesity', *Clinical Sociology Review* 9: 125–41.

Sobal, J. and Stunkard, A. J. (1989) 'Socioeconomic status and obesity: a review of the literature', *Psychological Bulletin* 105: 260–75.

Stalonas, P. M., Johnson, W. G. and Grist, M. (1978) 'Behaviour modification for obesity: the evaluation of exercise, contingency management and program adherence', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 463–9.

Steinhausen, H. C. and Glanville, K. (1983) 'Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings', *Psychological Medicine* 13: 239–49.

Stern, J. S. (1983) 'Diet and exercise', in M. R. C. Greenwood (ed.) *Obesity*, New York: Churchill Livingstone.

Sternberg, B. (1985) 'Relapses in weight control: definitions, processes, and prevention strategies', in G. A. Marlatt, and J. R. Gordon (eds) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Strober, M. and Humphrey, L. L. (1987) 'Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 654–9.

Stuart, R. B. (1967) 'Behavioural control of overeating', *Behaviour Research and Therapy*, 5: 357–65.

Stuart, R. B. and Davis, B. (1972) *Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity*, Champaign, Il.: Research Press.

Stunkard, A. J. and Mahoney, M. J. (1976) 'Behavioural treatment of the eating disorders', in H. Leitenberg (ed.) *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Stunkard, A. J., Foch, T. T. and Hrubec, Z. (1986) 'A twin study of human obesity', *Journal of the American Medical Association* 256: 51–4.

Thompson, J. K., Jarvie, G. J., Lahey, B. B. and Cureton, K. J. (1982) 'Exercise and obesity: Etiology, physiology and intervention', *Psychological Bulletin* 91: 55–79.

Turner, M. St. J. and Shapiro, C. M. (1992) 'The biochemistry of anorexia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 179–93.

Van Buskirk, S. W. (1977) 'A two-phase perspective on the treatment of anorexia nervosa', *Psychological Bulletin* 84: 529–38.

Wadden, T. A. and Stunkard, A. J. (1986) 'Controlled trial of very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination in the treatment of obesity', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 482–8.

Wadden, T. A., Stunkard, A. J. and Liebschutz, J. (1988) 'Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 925–8.

Wardle, J. (1987) 'Compulsive eating and dieting restraint', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 47–55.

Wardle, J. (1989) 'The management of obesity', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

Wardle, J. (1990) 'Conditioning processes and cue exposure in the modification of excessive eating', *Addictive Behaviors* 15: 387–93.

Wardle, J. and Beinart, H. (1981) 'Binge eating: a theoretical review', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 97–109.

Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. and Ogden, J. (1992) 'Eating style and eating behaviour in adolescents', *Appetite* 18: 167–83.

Welch, G. J. (1979) 'The treatment of compulsive vomiting and obsessive thoughts through graduated response delay, response prevention and cognitive correction, *Journal of Behaviour Therapy Experimental Psychiatry* 10: 77–82.

Wilson, G. T. and Brownell, K. D. (1980) 'Behaviour therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome', *Archives of Behavior Research Therapy* 3: 49–86.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Obesity and women II. A neglected feminist topic', *Women's Studies International Quarterly* 2: 81–92.

Wooley, S. C. and Kearney-Cooke, A. (1985) 'Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance', in K. D. Brownell and J. P. Foreyt (eds) *Handbook of Eating Disorders*, New York: Basic Books.

Wooley, S. C. and Wooley, O. W. (1979) 'Obesity and women I. A closer look at the facts', *Women's Studies International Quarterly* 2: 69–79.

Wooley, S. C., Wooley, O. W. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Theoretical, practical and social issues in behavioural treatments of obesity', *Journal of Applied Behavioural Analysis* 12: 3–25.

Wysocki, T., Hall, G., Iwata, B. and Riordan, M. (1979) 'Behavioural management of exercise: contracting for aerobic points', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 12: 55–64.

Yates, A. (1990) 'A current perspective on the eating disorders II. Treatment, outcome, and research directions', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 1–9.

الفصل الثامن والعشرون

فحص أمراض الشرايين التاجية والتنفس

Cardiovascular and respiratory diseases : Investigation

C. Bundy سي . بندي

الفصل الثامن والعشرون

فحص أمراض الشرايين التاجية والتنفس

سى . بندى C. Bundy

أمراض القلب / والقصور الدموى

تعـد أمراض شرايين القلب التاجية (١) من الأمراض المزمنة والمتطورة ، وهى تؤثر أساساً فى الشرايين التاجية (٢) . وهو مرض مكتسب ويرتبط بنمط حياة الوفرة الذى يستمتع به العالم الغربى . وتتطور فيه العمليات المرضية تدريجيًا من خلال تراكم الدهون على الجدران الداخلية للشرايين بما يؤدى إلى ضيقها ، وتصلب الأوعية وتسمى هذه العملية تصلب الشرايين (٣) وهناك عدد من المظاهر الإكلينيكية لمرض القلب منها الذبحة الصدرية (٤) وضغط الدم المرتفع (٥) وجلطة القلب (٦) أو الموت المفاجئ (٧) وكل حالة من هذة الحالات تعد حالة طوارئ طبية . ويتسبب مرض القلب فى ثلث الوفيات بين الرجال تحت سن ٦٥ عامـا ، وربع كل الوفيات (Davis, 1987) وبالتالى يعد أكبر سبب منفرد للوفـاة فى بريطـانيا بين الرجال . وبالرغم من أن آلام الصدر هى أقل الأعراض الإكلينيكية المهددة للحياة فى مرض القلب ، إلا إنها غير حميدة . فآلام الصدر المستقرة يمكن أن تخرج عن التحكم أو تصبح غير مستقرة ، ويمكن أن تعجل بحدوث جلطة فى القلب . وتقلص (٨) الشريان التاجى يمكن أن يحرك جلطة شريانية لتستقر فى شريان صغير .

وتشير البحوث الوبائية (٩) لعدد من العوامل التى تسهم فى أمراض القلب وهى تتضمن : التدخين ، ووجود تاريخ عائلى للمرض ، العمر ، الجنس ، وضغط الدم المرتفع ، والزيادة المفرطة فى الدهون ، والسمنة ، ونمط الحياة ، وسلوك النمط أ (١٠) أوالضغوط (مثال ذلك : ., Shaper et al 1981; Keys et al., 1980) ومن بين كل هذه الأسباب يعد التدخين أكبر عوامل الخطر المعروفة لمرض القلب . ويمكن أن تتضمن أى مرحلة من مراحل العمليات المرضية أحد هذه العوامل . غير أن الجمع بين أكثر من عامل يزيد من درجة المخاطر بقدر يتجاوز عملية الجمع البسيطة لعامل إلى آخر .

---

(1) Coronary heart disease . (CHD)
(2) Coronary arteries .
(3) Atherosclerosis .
(4) Angina Pectoris .
(5) Hypertension .
(6) Myocardial Infarction .
(7) Sudden death .
(8) Spasm .
(9) Epidemiological .
(10) Type A behavior Pattern .

الذبحة الصدرية

يبلغ عدد المصابين بالذبحة الصدرية بين البريطانين الذين يقعون فى أواسط العمر حوالى مليون شخص (Fox , 1988) والذبحة الصدرية عبارة عن قصور دموى فى شرايين القلب يرجع إلى تقطع مرور إمدادات الدم إلى القلب وقد يرجع تقطع هذه الإمدادات إلى مرض متطور أو إلى تقلص فى شرايين القلب . وتقليديا ينظر الأخصائيون النفسيون المهتمون بهذه المجموعة من العملاء إلى جمهور مرضى القلب باعتبارهم فئة متجانسة بالرغم من أن مرضى الذبحة الصدرية أميل لأن يكونوا الأكبر عمرا إلى حد ما ، ولديهم خصائص نفسية مختلفة عن مرضى جلطة القلب . وقد بدأت البحوث الحالية فى تحديد هذه الفروق. وبدأ مرضى الذبحة الصدرية يحصلون على مزيد من الإهتمام باعتبارهم مجموعة منفصلة. ويسهم التقييم النفسى لمرضى الذبحة الصدرية فى فهم الحالة من خلال ثلاثة اتجاهات أساسية :

أ) من خلال رسم خريطة للعوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالذبحة الصدرية .

ب) تقييم المدى الذى يصل إليه الألم والعجز الذى يُذكر فى حالات المرض الحادة .

جـ) تحديد المثيرات النفسية الاجتماعية للذبحة الصدرية. ويشكل هذا التقيم جزءاً من التقيم الشامل للذبحة الصدرية .

والعوامل الأساسية المعروف أنها ترتبط بالذبحة الصدرية هى العصابية والغضب والعدائية (١) وسلوك النمط أ . وترتبط العصابية كما تقاس ببطارية إيزنك للشخصية (٢) بالذبحة الصدرية ، وبالرغم من ذلك لايتضمن الأمر علاقة سببية . والعصابية والعوامل الأخرى ذات العلاقة مثل توهم المرض (٣) والقلق ترتبط أيضا بالصحة العامة وبالشكوى من الألم ، وهو الأمر الذى كان محيرا فى البداية ، وقد قلت هذه الحيرة حاليا عندما أتيحت امكانية مشاهدة وجود مرض القلب من خلال تصوير الشرايين (٤) . وقبل إمكانية التصوير هذه كان تشخيص الذبحة الصدرية يعتمد كلية على تقارير المريض للأعراض . وحديثا أوضحت تقارير تصوير القلب أن المستوى المرتفع من العصابية يرتبط عكسيا بمرض القلب ، ولكن يرتبط ارتباطا وثيقا بالتقارير الذاتية حول الذبحة الصدرية . وبالتالى يبدو أن العصابية ترتبط بسلوك المرض (٥) وليس بشدتة الواقعية . ونتيجة لهذا ، تبين أن العصابية ترتبط بقوة بالذبحة الصدرية أكثر من ارتباطها بالأشكال الأخرى من مرض القلب (Jenkins et al., 1978) وأصحاب المستويات المرتفعة من العصابية الذين يشكون من الذبحة الصدرية أكثر ميلا لأن يشخصوا على أنهم يعانون من الذبحة الصدرية مقارنة بغير المرتفعين فى العصابية بالرغم من عدم وجود فروق فى حدوث جلطة في القلب يظهرها رسم الشرايين (Costa and McCrae, 1987) . وفى ضوء هذه النتائج يوصى الباحثون فى هذا المجال باستخدام المقاييس النفسية لاكتشاف المستويات العليا من العصابية كجزء من التدبر الشامل لهذه المجموعة من العملاء (انظر كمثال ELias and Robbins , 1987)

---

(1) Hostility .
(2) Eysenck Personality Inventory (EPI).
(3) Hypochondriasis .
(4) Angiography .
(5) Illness benavior .

ويرتبط سلوك النمط أ بالآم الصدر ، بالرغم من ارتباطة الأضعف بجلطة القلب . وقد أشارت البحوث الأحدث على المكونات الفرعية لمركب سلوك النمط أ إلى كل من الغضب والعدائية باعتبارهما العاملين الرئيسيين المسببين للمرض . ويعتمد فى اكتشاف العدائية على مقياس كوك – ميدلى Cook - Medley الفرعى المكون من خمسين بندا من بطارية مينسوتا متعددة الاوجة للشخصية (١) (Cook - Medley , 1954) وعلى مقياس الغضب فى مقياس سبيلبرجر للسمة – والحالة للكشف عن الغضب (Spielberger et al ., 1983) ، ويبدو أن مقياس كوك – ميدلى يقيس مجموعة عامة من الاتجاهات السلبية والفقدان الأساسى للثقة فى الأخرين وهو مايطلق علية اسم التشكك (٢) ويرتبط هذا العامل بقوة بإمكانية العدائية التى توجد فى المقابلات المقننة المسجلة على أشرطة الڤيديو ، والتى تعد المقياس المعيارى الذهبى لسلوك النمط أ .

وترتبط العدائية بقوة بإحداث أمراض القلب مثل جلطة القلب (Barepoot et al., 1983) ومستقبليا بخطر الموت بالقلب وبالأمراض الخبيثة ، وبكل الأسباب الأخرى (Williams and Anderson , 1987) ، وقد تركزت البحوث حول المسلك الذى يؤثر من خلالة الغضب والعدائية وسلوك النمط أ فى أمراض القلب فى المسار العصبى الهرمونى (٣). فالحدث النفسى الاجتماعى الذى يقدر معرفيا باعتبارة مصدرا للتحدى أو التهديد يؤدى إلى استجابة كر وفر (٤) ويتزايد معها معدل ضربات القلب وضغط الدم مع زيادة فى إفراز الابنفرين (٥) (الادرينالين) والنورابنفرين (٦) ، والكوريتزول (٧) والبرولاكتين (٨) . لكن ، وهو مايثير الدهشة ، دون زيادة فى التيستوستيرون (٩) ، وعندما يظهر مصدر آخر للتحدى من خلال مهمة فيزيقية مثل مهام زمن الرجع (١٠) يصبح نمط الاستجابة مختلفا إلى حدما . إذ تحدث فى هذة الحالة زيادة جوهرية فى هرمون اللا أدرينالين والتيستوستيرون ، ولكن دون أن تظهر زيادة تالية فى الادرينالين والكورتيزول أو البرولاكتين . وبهذة الخلفية من المعلومات يمكن فحص نتيجة تحديات الأعمال العقلية باستخدام الكشف الهرمونى ورسام القلب (١١) وجهاز رسم الشرايين (١٢) والتى يمكن أن تساعد جميعها فى توضيح العلاقة بين الأنشطة المعرفية والاستجابات النفسية .

الضغط المرتفع

ضغط الدم المرتفع عامل خطر فى جلطة القلب والسكتة القلبية بالإضافة إلى حوادث نزيف المخ (١٣) أو الجلطة المخية (١٤) . وقد يكون ارتفاع ضغط الدم مرض أولى أو ثانوى ناتج عن أمراض

(1) Minosotta multiphasic Personality Inventory (MMPI) .
(2) Cynicism .
(3) Neuroendocrine .
(4) Fight - Flight .
(5) Epinephrine .
(6) non epinephrine
(7) Cortisol .
(8) Prolactin .
(9) Testosterone .
(10) Reaction time tasks .
(11) ECG .
(12) Arteriographic equipment .
(13) Cerebrovascular (CVA) .
(14) Stroke .

الكلى أو أمراض الأعضاء الأخرى . وضغط الدم الجوهرى يؤثر أساساً فى الأشخاص الذين يقعون فى المرحلة العمرية المتوسطة المدخنين من أصحاب الوزن الزائد ، إلا أنه لايقتصر فقط على هذة المجموعة من الناس . وعاده مايقاس ضغط الدم من خلال حبس الشريان العضدى بمعصم قماشى مملوء بالهواء ثم يتم تحرير الضغط عنة ببطء . وتسمع عودة التدفق الأساسى للدم المحتبس من خلال السماعة الطبية . وهذا هو الضغط الانقباضى (١) والصوت الثانى المسموع لوصول الضغط إلى ماكان عليه هو الضغط الانبساطى (٢) ويعبر عن قراءة الضغط باعتباره الانقباضى (القيمة العليا) على الانبساطى (القيمة الدنيا) بالمليمترات من الزئبق (٣) . وهناك بعض الجدل حول المستويات المرغوبة لضغط الدم واختلاف حول مايعد ضغط مرتفع (Carroll , 1992) وبالرغم من ذلك فإن أغلب العاملين فى هذا المجال البحثى سيوافقون على أن الضغط الانبساطى المقاوم بين ١١٠ - ١٢٠ ملجرام يعد ضغطا مرتفعا .

وضغط الدم المرتفع ليس مرضا مرئيا ، بمعنى أن المريض لايعانى أيه أعراض فى مراحلة المبكرة . وبالتالى فإن اكتشافة يعتمد إما على تقدم المريض إلى فحص طبى روتينى ، أو نتيجة لبعض المشكلات الطبية الاخرى . ويظهر الضغط فى صورتة الصادمة نتيجة لأن ارتفاعة المقاوم يتلف الحشية الوسطى لجدران الأوعية الدموية بما يؤدى عند حدوثة إلى تمدد الأوعية الدموية (٤) والتى تتمزق مؤدية إلى موت الأنسجة المحيطة .

والقياس الدقيق لضغط الدم أمر صعب لأن حشدا من العوامل الفسيولوجية والنفسية يمكن أن يؤثر فية (Carroll, 1992) ويتباين ضغط الدم السوى حتى خلال الأنشطة الروتينية ، وربما يتباين ضغط الدم المرتفع بقدر أكبر . ويتعين توعية المرضى بهذا عند تعليمهم مراقبة ضغط دمهم بأنفسهم . والمراجعة العشوائية المتكررة يمكن أن توفر بروفيلا دقيقا للضغط ، وبالتزامن مع عينات من الأنشطة يمكن أن يوفر صورة مفيدة للغاية . وهناك عدد من أجهزة قياس ضغط الدم اليدوية البسيطة والأوتوماتيكية . وبالرغم من توفر أجهزة لقياس الضغط أثناء المشى . إلا أنه من غير المحقق فى الوقت الحالى أنها ملائمة لاستخدام المرضى أصحاب الضغط المرتفع . وما أن يصبح المرضى أقدر على ملاحظة ضغط دمهم حتى يستطيعوا البدء بتحديد الأعراض البدنية المصاحبة ، والأفكار والمشاعر التى تتزامن مع نوبات ارتفاع الضغط . وقد تشكل هذة المراقبة الذاتية الأساس لبرامج العلاج النفسى لهؤلاء المرضى .

وقد ركزت البحوث الحديثة اهتمامها على تأثيرات ضغط الدم المرتفع على الوظائف المعرفية . وقد فحصت الدراسات النمطية ثلاثة مجالات عريضة : الوظائف النفسية العصبية ، الأداء العام مثل نسبة الذكاء والذاكرة ، وزمن الرجع . ويفترض أن ضغط الدم المقاوم يؤدى إلى تلف معرفى من خلال إحداث آفات فى المخ أو نتيجة للزيادة والنقص فى إمدادات الدم . وبالرغم من ذلك أن هناك دلائل قليلة للغاية تدعم هذا الفرض . ولايوجد شك فى أن مرضى ضغط الدم المرتفع يختلفون عن مرضى ضغط الدم السوى فى عدد من المؤشرات الخاصة بالأداء العقلى ، غير أن الأفكار الحديثة حول الموضوع ترى أن هذه الفروق قد

---

(1) Systolic Pressure .
(2) Diastolic Pressure .
(3) Millimetress of mercury (mmHg) .
(4) Aneurysm .

ترتبط أكثر بالزيادة فى قلق الحالة – والسمة لدى بعض الأشخاص مرتفعى ضغط الدم ، أكثر من كونها ترجع إلى حالة مرضية فى المخ (Elias et al ., 1987) . وبالرغم من ذلك فهذا المجال ملىء بالصعوبات ذلك أن معظم المرضى سيتلقون أدوية مضادة للضغط المرتفع والتى يمكن أن تسبب هى ذاتها آثارا معرفية مناوئة . وتتضمن مجالات أخرى للفحص النفسى تأثيرات الغضب والعدائية على ضغط الدم والارتباط بين الحالة المزاجية ونوبات ارتفاع الضغط . وتعد كل هذه النقاط مفيدة عند تصميم التدخلات النفسية التى تهدف لمساعدة الناس على فهم التأثيرات المتبادلة بين الأنشطة العقلية والفسيولوجية . وتعد القابلية المفرطة للتغير فى ضغط الدم ، والاستثارة السمبثاوية المفرطة ميكانيزمات سببية محتملة لأرتفاع ضغط الدم (Steptoe et al ., 1984) ويمكن أن تسرع أيضا من تصلب الشرايين وتحدث تقلص فى الشرايين ، وتؤدى إلى تفاقم عدم انتظام ضربات القلب (١) (انظر على سبيل المثال : Krantz and Manuck, 1984) وقد تبين ارتباط سلوك النمط أ بتغيرات فسيولوجية مماثلة . ويتضمن قياس هذة التغيرات تقديم منبة مثير للتوتر سواء سلبى فى صورة أفلام محزنة ، أو إيجابى فى صورة مهارات تغلب مثل مهام حل المشكلات أو مهام حسابية ، وتقاس التغيرات قبلها وبعدها على مقاييس فسيولوجية مثل ضغط الدم ، ومعدل ضربات القلب ، ونمط التنفس ، والتوتر العضلى (٢) ومقاومة الجلد (٣) (انظر كمثال : Carroll , 1984) . ويتعين إتاحة بعض الوقت لتأقلم المريض مع هذا النوع من القياس ، حيث وجد البعض أن إجراءات القياس ذاتها مثيرة للتوتر بما يؤدى إلى نتائج مضللة ، وبالرغم من أن هذا الإجراء يستخدم أساساً لأغراض القياس ، إلا أنه يمكن استخدامه بوصفه شكل من أشكال العائد البيولوجى (٤) لإلقاء الضوء على أهمية التأثير المتبادل بين الأداء النفسى والفسيولوجى .

جلطة القلب

اهتمت البحوث الأساسية المبكرة التى فحصت العوامل النفسية ومرض القلب بالسعى للتعرف على النمط الشخصى المستهدف لأمراض القلب . وقد تبين فيما بعد أن ذلك يعد تبسيطا مخلا ، واصبح المقبول الآن على نطاق واسع هو أن مجموعة من العوامل أو أنماط الشخصية ترتبط بجلطة القلب ، وليس مجرد شخصية مستهدفة لأمراض القلب . وتلعب العوامل النفسية والسلوكية دوراً أيضًا فى الشفاء وإعادة التأهيل بعد حدوث جلطة القلب. وقد تختلف أو تتداخل العوامل التى تؤثر فى المراحل الثلاثة المختلفة ماقبل المرض ، ومابعد الجلطة وإعادة التأهيل .

ماقبل حدوث المرض.

أكثر عوامل الخطر النفسية أتساقا ، وإن كانت مثار جدل حتى الآن ، فى أمراض القلب هى بالتأكيد سلوك النمط أ . ويتسم هذا النمط بإحساس بضغط الوقت (٥) وحاجة دافعة للأنجاز ، وطموح زائد ، ونفاذ للصبر ، وانخراط مفرط فى العمل ، ودرجة مرتفعة من الغضب والعدائية . ويمكن قياس

(1) Arrythemias .
(2) Muscle tension. (باستخدام الـ E M G)
(3) Skin resistance(باستخدام الـ G S R)
(4) Bio - Feedback .
(5) Time urgency .

سلوك النمط أ من خلال مقابلة شخصية مقننة تسجل بالفيديو أو باستخبارات للتقرير الذاتى . وتتسم طريقة المقابلة المقننة بالثبات والصدق الجيد فى قياسها لسلوك النمط أ .

وتتضمن هذه المقابلة ٢٥ سؤالا تهدف لقياس الصبر والمنافسة والعدائية وتطرح الأسئلة بطريقة استفزازية ، ويقاس نمط الإستجابة والكلمات المستخدمة فيها . (Carroll , 1992) . وبالرغم من أن هذة الطريقة مقبولة بصفة عامة باعتبارها أكثر الطرق ثباتا لقياس سلوك النمط أ ، إلا أن هناك صعوبات تتعلق باستخدامها حيث يتعين تدريب مستخدميها بواسطة مدربين متمكنين ، كما أن تطبيقها يمكن أن يكون مستهلكا للوقت ، وقد أظهرت طريقة القياس باستخدام الاستخبارات بعض الارتباط بأمراض القلب إلا أن قوة الارتباط يمكن أن تختلف باختلاف الأدوات المستخدمة . والمقياس المعيارى الذهبى هو المقابلة المقننة ، وقد تبين أنها منبئة بأمراض القلب والشريان التاجى مثل جلطة القلب والذبحة الصدرية فى ثلاث دراسات على الأقل ., Rosenman et al ., 1975; Haynes et al., 1980 ; Kornitzer et al) (1981 وبالرغم من ذلك فإن الصلة بين سلوك النمط أ وأمراض القلب ليست نتائج عالمية فقد أظهرت الدراسة الأمريكية واسعة النطاق المعروفة باسم محاولة التدخل فى عوامل الخطر المتعددة (١) عدم وجود صلة بين التقدير من خلال المقابلة المقننة وحدوث مرض القلب (انظر (MRFIT, 1982) . وقد ألقت التحليلات التالية لمركب سلوك النمط أ الضوء على العدائية بإعتبارها العامل الرئيسى المسبب للمرض . وقد أظهرت بقية العوامل تعلقا أضعف بأمراض القلب (Dembroski et al ., 1985) .

مابعد المرض

أكثر العوامل بروزا فى هذة المرحلة المرضية هى القلق والاكتئاب ، واللذان يمكن أن يؤثرا فى الشفاء الفورى من جلطة القلب والعودة للحياة السوية (Nagle et al., 1971) ويقدر أن ٣٠ فى المئة من كل مرضى جلطة القلب يعانون من مستوى إكلينيكى من القلق أو الاكتئاب أو منهما معا (انظر على سبيل المثال Cassem et al ., 1968) وبالرغم من أن أغلب دراسات مابعد المرض استخدمت على الاقل أستخبارات مثل قلق واكتئاب المستشفى (٢) (Zigmond and snaith , 1983) أو بطارية حالة وسمة القلق (Spielberger , 1972) إلا أن البعض استخدم طرق قياس نفسية فسيولوجية ايضا (انظر على سبيل المثال : Fielding , 1980; Langosch et al ., 1982) وإذا ظل القلق الحاد فقد يؤدى إلى إحساس مزمن بفقدان الشخص للتحكم فى حياته ، وقد يكون لذلك تأثير جوهرى على إعادة تأهيل المريض وعودتة إلى الحياة الطبيعية .

إعاده التأهيل

الاكتئاب هو أكثر مشكلات المعاناة شيوعا فى هذة المرحلة من الشفاء ، وقد تبين أنه مقاوم لفترة تمتد لثلاث سنوات بعد جلطة القلب فى بعض الأحيان (Verwoerdt and Dovenmuhle, 1964) . وتعد العصابية وسلوك المرض المفرط مسئولان عن القدر الأكبر من استمرار الإعاقة ، وربما العجز المزمن. وكان نصيب التعب فى المدى الذى تؤثر بة هذة العوامل فى الحياة اليومية ضئيل للغاية . غير أنه يعتقد

(1) Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) .
(2) The Hospital Anxiety / Depression Scale .

أنها منبئات أكثر جودة للأزمان من مدى ماكان علية المرض نفسة (Smith et al., 1984) ويترتب على ذلك أن قياس القلق والاكتئاب ضرورى فى مرحلتى مابعد المرض ، وإعاده التأهيل حيث إنهما يمكن أن يضعفا الشفاء والتوافق مع الحياة اليومية .

اضطراب ضربات القلب (١)

قد توثر الضغوط الانفعالية الحادة فى النشاط الكهربائى للقلب من خلال الأداء المرتفع للجهاز العصبى (Lown et al., 1980) وفى حالة القلب الذى تعرض للتلف بالفعل (نتيجة لجلطة سابقة) يحتمل أن يكون ذلك مهلكا . وقد تبين أن العوامل النفسية مثل التقرير الذاتى لمستويات مرتفعة من الضغوط ومشاعر العزلة الاجتماعية منبئات جيدة للسكتة القلبية لدى الرجال الذين عانوا من جلطة صدرية على التو (Ruberman et al., 1984) كما تبين بالمثل أن التقارير حول ضغوط الحياة الخطيرة التى تتبع جلطة القلب مباشرة تعد خاصية منبئة للمرضى الذين يعانون من مشكلات قلبية متكررة (Byrne, 1981) وهناك أيضاً تقارير حول تأثير الفقدان الحديث لشخص محبوب (Cottington et al., 1980) وحول أمراض سيكاتيرية حديثة (Talbot et al ., 1977) ارتبطت بالزيادة فى مخاطر التعرض للموت بالسكتة القلبية . وقد تبين فى إحدى الدراسات فى مجال بحوث القلب الخاصة بالمرضى المصابين بالذبحة الصدرية ، أن الضغوط النفسية التجريبية التى تأخذ صورة مهام حسابية عقلية كان لها تأثيرات كهربائية فسيولوجية (قيست برسام القلب ECG والموجات الصوتية للقلب وبالتنبيه البطينى المبرمج (٢)) وكان نقص فترات الاستجابة البطينية (٣) وتسارع ضربات القلب البطينية العابرة والانقباض البطينى (٤) هى أكثر مالوحظ (Tavazzi et al ., 1986) .

ويعتقد أن هناك مسارين يؤثر من خلالهما النشاط العقلى فى الكهربية الفسيولوجية هما الاستجابة للتحديات من خلال التنشيط الأدرينالينى السمبثاوى، أو الاستجابة للتنبه (٥) من خلال النظام الغدى الأدرينالينى فى القشرة الدماغية (Eliot and Buell , 1985) وكل من هاتين الخاصيتين للأستجابة قادرتين على إحداث اضطرابات فى ضربات القلب .

ومن الواضح أن هناك دوراً للتقييم النفسى لهؤلاء الذين يعتبرون معرضين لمخاطر اضطراب مميت فى ضربات القلب . وهو تقييم يأخذ صورة المقابلة النفسية واستخدام الاختبارات النفسية المقننة للقلق ، وتقييم الاستجابة النفسية - الفسيولوجية للصدمات الانفعالية .

الـــــــربو (٦)

يعد الربو عموما مرض شبابى ، وأكثر من ٦٠ فى المئة من كل مرضى الربو تحت سن ١٦ عاما . والشكل الشائع من الربو الذى يعانى منه الشباب عادة مايكون استجابة لأنواع شائعة من الحساسية .

(1) Cardiac arrhthmia .
(2) Programmed Venticular Stimulation .
(3) Reduced Venticular refractory period .
(4) Venticular fibillation .
(5) Vigilance .
(6) Asthma .

مثل الحساسية لحبوب اللقاح أو الغبار والاشكال الأخرى من الربو ، غير معروفة الاسباب ، فغالبا ماتصيب الأشخاص الأكبر عمرا . وعادة ماتتسم الأزمة الربوية بالتهاب واحتقان الشعب الهوائية (١) المصحوب بضيق فى الشعب الهوائية (٢) وزيادة فى إفراز المخاط . (انظر على سبيل المثال , Creer 1982) ويؤدى ذلك إلى سعال متحشرج وسرعة فى التنفس وشعور بالاحتقان والألم . ودائما مايُدخل المرضى الذين يعانون من هذة الحالة إلى المستشفى باعتبارهم حالات طوارئ ودائما مايكونون فى حالة استثارة وخوف .

وهناك احتمال أن العوامل النفسية لاتلعب دورا سببيا فى الربو ، هذا على الرغم من التأكيد المبكر على عكس ذلك . وبالرغم من هذا فإن العوامل النفسية يمكن أن تستثير نوبة ربو ، كما أنها تؤدى إلى تفاقم الأعراض أثناء النوبة (انظر : على سبيل المثال Horton et al ., 1978) . ويمكن إحداث السعال المتحشرج فى المواقف ذات الشحنات الانفعالية (ibid, 1978) كما أن الديناميات داخل الأسرة يمكن أن تؤثر فى درجة حدة الربو (Purcell et al ., 1969) ويحتمل أيضاً وجود تأثير للعوامل النفسية على مسار المرض ، والتوافق مع الحياة فى وجود الربو وتقيم العوامل التى تشحذ الربو والتى تؤثر فيه سيوفر معلومات مفيدة للغاية يمكن أن تكون أساساً لعلاج شامل لهذه الحالة ، كما سيوفر بالطبع الأساس لأى برامج للعلاج النفسى

التهاب الشُعب الهوائية المزمن

التهاب الشُعب الهوائية المزمن (٣) كما يدل عليه اسمه عبارة عن التهاب متطور فى أنسجة الرئة يمتد لأجل طويل ويمكن أن يؤدى إلى صفير مسموع (٤) فى الصدر ، وانقطاع فى التنفس وسعال وإفراز كثيف للمخاط ، وألم وشعور بعدم الراحة فى الصدر ، وشعور بالتعب (انظر على سبيل المثال Foxman et al ., 1986) ودائما مايكون مصحوبا بتمدد رئوى (٥) وكثافة وخشونة فى الانسجة المخاطية (٦) يؤدى إلى إضعاف استبدال الأكسجين بثانى أكسيد الكربون فى الرئتين . ويؤدى كل من التهاب الشعّب الهوائية وانتفاخ الرئتين إلى فشل فى الجانب الأيمن من القلب (٧). والسبب الشائع لالتهاب الشعب الهوائية هو التدخين .

والتهاب الشُعب الهوائية مرض شائع نسبيا فى المملكة المتحدة . وهو يؤثر أساساً فى كبار السن، ممن هم فى الستينيات من أعمارهم أو أكثر . ويُدعى أن التهاب الشعب الهوائية مسئول عن فقد أيام عمل أكثر من أى مرض آخر (Morgan, 1987) .

والعوامل النفسية جلية فى التهاب الشعب الهوائية ، فالهم والقلق (Foxman et al ., 1986) والاكتئاب(Rutter , 1977) من الأعراض الشائعة . وقد لوحظ مستوى مرتفع من العصابية لدى مرضى

(1) Bronchioles .
(2) Broncho - Constriction .
(3) Chronic bronchitis (CB) .
(4) Wheezing .
(5) Emphysema .
(6) Thickening and hardening of the alveoli .
(7) Right - Sided heart failure .

التهاب الشُعب الهوائية (Peach and Pathy , 1981) ، كما لوحظ ارتفاع فى مستوى العدائية لدى هذة المجموعة بوصفة منبئ بقدر من العجز غير الملائم (أى عجز مفرط عن القدر الذى تبررة حالتهم الفيزيقية) (Morgan et al., 1983) ويعتقد بالإضافة إلى ذلك أن الاتجاهات نحو العلاج والاعتقاد فى فعالية التمرينات الرياضية من أفضل المنبئات بالاعاقة الوظيفية مقارنة بالعلامات الفسيولوجية الدالة على شدة المرض (Morgan et al., op. cit.) ويستحق الأمر ذكر تحذير عند هذة النقطة ، هو أن اغلب أفراد هذه المجموعة العمرية دائما مايكون لديهم أكثر من مرض ، لذلك يصبح تقييم إسهام مايسببة التهاب الشعب الهوائية بمفردة فى مستوى الإعاقة الكلية أمر صعب للغاية . وبالرغم من ذلك فإن وضع بروفيل نفسى واضح للعوامل المؤثرة فى التهاب الشعب الهوائية سيمكن الأخصائين الإكلينيكين من تقييم مدى التلف والقصور الذى يمكن أن يرجع للأسباب العضوية .

الإفراط فى التنفس

يعتقد أن زملة الأفراط فى التنفس (١) أضطراب نفسى يؤدى إلى أعراض هلع وأعراض بدنية يمكن أن يعتقد خطئا أنها أمراض قلب أو اضطرابات تنفس مثل الربو . والعرض السائد فى هذة الحالة عبارة عن آلام فى الصدر ، غير أن الأعراض الأخرى التى تكـون سبب المعاناة تتضمن آلام فُم المعدة (٢) وسرعة ضربات القلب (٣) وخفقانه (٤) وتقطع النفس والتنهيد (٥) ووخز الاصابع (٦) (انظر على سبيل المثال Freeman and Nixon, 1985) ودائما مايكشف الفحص عن تغيرات فى رسم القلب (٧) لاتختلف عن تلك التى تنتج عن أمراض القلب (انظر على سبيل المثال Bass et al., 1983) . ويعتقد أن أعراض زملة الإفراط فى التنفس ترجع إلى تنفس سريع غير عميق (٨) يؤدى إلى إفراط فى امتلاء الرئتين وضغط آلى على المعدة وإفراط فى سرعة التنفس يزيد الضغط على عضلات جدار الصدر فقط . ويعتُقد أن استنزاف ثانى أوكسيد الكربون الناتج عن الإفراط فى التنفس يسبب تغيرات عصبية كيميائية تؤدى بدورها إلى زيادة فى إيقاع عضلة القلب والأوعية الدموية ينتهى بها إلى استجابة تقلصية ، وغالبا ماتكون التغيرات فى رسم القلب راجعة إلى التقلصات (Freeman and Nixon , 1985) . وقد تظهر مثل هذة التغيرات على المرضى الأصحاء (Bass et al ., 1983) غير أن الموقف يكون أكثر تعقيدا عندما تظهر زملة الافراط فى التنفس لدى مرضى القلب . وللتوصل إلى التشخيص الفارق بين زملة الافراط فى التنفس وأمراض القلب يتعين أن يخضع الكثير من المرضى لفحوص دقيقة ومكلفة عادة ماتصل إلى تصوير شرايين القلب (٩) والذى يمكن أن يكشف عن عدم وجـود دلائل على مرض القلب . وعند الشك فى زملة

---

(1) Hyperventilation Syndrome (H V S) .
(2) Epigastric pain .
(3) Palpitations .
(4) Tachycardia .
(5) Sighing .
(6) Tingling .
(7) ECG .
(8) Shallow .
(9) Coronary angiogram .

الإفراط فى التنفس على الأخصائى الإكلينكى أن يحاول حث الأعراض بجعل المريض يفرط فى التنفس (باستخدام اختبارات استثارة الإفراط فى التنفس [1] خلال رسم القلب وفحص وظائف الرئة ، فإذا أدى ذلك إلى خصائص الأعراض التى تختفى عندما يعود تنفس المريض إلى حالته الطبيعية . فيمكن فى هذه الحالة أن يكون التشخيص ايجابيا . وقد القيت ظلال كبيرة من الشك على صدق اختبارات استثارة الإفراط فى التنفس (الفصل السابع Lindsay , HVPT) ولايعد ظهور الأعراض بمفردها حاسما، إذ يتعين استبعاد أعراض عضوية محتملة قبل تشخيص زملة الإفراط فى التنفس .

(1) Hyperventilation provocation tests. (HVPT) .

References

Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G. and Williams, R. B. (1983) 'Hostility, CHD incidence and total mortality: a twenty-five year follow-up study of 225 physicians', *Psychosomatic Medicine* 245: 59–63.

Bass, S. C., Wade, C. and Gardener, N. N. *et al*, (1983) 'Unexplained breathlessness and psychiatric morbidity in patients with normal and abnormal coronary arteries', *Lancet* I: 605–9.

Byrne, D. G. (1981) 'Type A behavior: Live events and MI: independent or related risk factors?' *British Journal of Medical Psychology* 54: 371–7.

Carroll, D. (1984) *Biofeedback in Practice*, London: Longman.

Carroll, D. (1992) *Health Psychology. Stress Behavior and Disease*, London: The Falmer Press.

Cassem, N. R., Hackett, T. P. and Wishnie, H. A. (1968) 'The coronary care unit – an appraisal of the psychological hazards', *New England Journal of Medicine* 279(25): 1365–70.

Cook, W. W. and Medley, D. (1954) 'Proposed hostility and pharisaic-virtue scale for the MMPI', *Journal of Applied Psychology* 38(6): 414–18).

Costa, P. T. and McCrae, R. R. (1987) 'Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality* 55: 2.

Cottington, E. M., Kuller, L. H., Matthews, K. A. and Talbot, T. T. E. (1980) 'Environmental events preceding sudden death in women', *Psychosomatic Medicine* 42: 567–74.

Creer, T. L. (1982) 'Asthma', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50(6): 912–21.

Davies, P. (1987) 'Confronting coronary heart disease', *The Health Service Journal* 23 (April).

Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Williams, R. B. *et al.*, (1985) 'Components of Type A, hostility and anger in relationship to angiographic findings', *Psychosomatic Medicine* 247: 219–33.

Elias, M.F. and Robbins, M. A. (1987) 'Use of cinearteriography in behavioural studies of patients with chest pain in the absence of clinically significant coronary artery disease', in J. W. Elias and P. H. Marshall (eds) *Cardiovascular Disease and Behaviour*, London: Hemisphere.

Elias, M. F. and Robbins, M. A. and Schultz, N. (1987) 'Influence of essential hypertension on intellectual performance; causation or speculation?' in J. W. Elias and P. H. Marshall (eds) *Cardiovascular Disease and Behavior*, London: Hemisphere.

Eliot, R. S. and Buell, J. C. (1985) 'Role of emotions and stress in the genesis of sudden death', *Journal of American College of Cardiologists* 5: 95b–98b.

Fielding, R. (1980) 'A note on behavioral treatment in the rehabilitation of myocardial infarction patients', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 19: 157–61.

Fox, R. M. (1988) 'Silent ischaemia: clinical implications in 1988', *British Heart Journal* 60: 363–6.

Foxman, B., Sloss, R. M., Lohr, N. K. and Brook, R. H. (1986) 'Chronic bronchitis: prevalence, smoking habits impact and anti-smoking advice', *Preventative Medicine* 15: 624–31.

Freeman, L. J. and Nixon, P. G. F. (1985) 'Chest pain and the hyperventilation syndrome – some etiological consideration', *Postgraduate Medical Journal* 61: 957–61.

Haynes, S. G., Feinleib, M. and Kannel, W. B. (1980) 'The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III. Eight year incidence of coronary heart disease', *American Journal of Epidemiology* III: 37–58.

Horton, D. J., Suda, W. L. and Kinsman, R. A. (1978) 'Bronchoconstrictive suggestion in asthma: a role for airways' hyperreactivity and emotions', *American Review of Respiratory Disease* 117: 1029–38.

Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. and Zyzanski, S. J. (1978) 'Coronary prone behavior: one pattern or several?', *Psychosomatic Medicine* 40: 25–43.

Keys, A. (1980) *Seven Counties: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Kornitzer, H., DeBacker, G. and Kittel, F. *et al.*, (1981) 'The Belgian Heart Disease Prevention Project: Type A behavior pattern and the prevalence of coronary heart disease', *Psychosomatic Medicine* 43: 133–45.

Krantz, D. S. and Manuck, S. D. (1984) 'Psychophysiologic reactivity and risk of CHD: a review and methodological critique', *Psychological Bulletin* 94(3): 435–64.

Langosch, W., Brodner, G. and Seer, T. *et al.*, (1982) 'Behavior therapy with CHD patients: results of a comparative study', *Journal of Psychosomatic Research* 26: 475–84.

Lown, B., De Silva, R. A., Murawski, B. J. and Reich, P. (1980) 'Psychophysiological factors in sudden cardiac death', *American Journal of Psychiatry* 137: 1325–35.

Menotti, A. and Seccareccia, S. (1985) 'Physical activity at work and job responsibility as a risk factor for fatal coronary heart disease and other causes of death', *Journal of Epidemiology and Community Health* 39: 325–9.

Morgan, A. D. (1987) 'Chronic bronchitis, disability and the attitudes and beliefs of patients', *Midwife and Health Visitor-Community Nurse* 23(3): 104–8.

Morgan, A. D., Buchanan, D. and Peck, D. S. *et al.*, (1983) 'Psychological factors contributing to disproportionate disability in chronic bronchitis', *Journal of Psychosomatic Research* 27(4): 259–63.

MRFIT (1982) 'Risk factor changes and mortality results', *Journal of the American Medical Association* 248: 1465–7.

Nagle, R., Gangola, R. and Picton-Robinson, I. (1971) 'Factors influencing return to work after myocardial infarction', *Lancet*, II: 454–6.

Peach, H. and Pathy, H. S. (1981) 'Follow-up study of disability among elderly patients discharged from hospital with exacerbations of chronic bronchitis', *Thorax* 36: 585–9.

Purcell, K., Brady, K. and Chai, H. *et al.*, (1969) 'The effect of asthma in children of experimental separation from the family', *Psychosomatic Medicine* 31: 144–64.

Rosenman, R. H., Brand, R. J. and Jenkins, C. D. *et al.* (1975) 'Coronary heart disease in the WCGS. Final follow-up experience of eight years', *Journal of the American Medical Association* 233: 872.

Ruberman, W., Chaudhary, B. S., Goldberg, J. D. and Weinblatt, E. (1984) 'Social influences on mortality after myocardial infarction', *New England Journal of Medicine* 311: 552–9.

Rutter, B. (1977) 'Some psychological concomitants of chronic bronchitis', *Psychological Medicine* 7: 45964.

Shaper, A. G. and Pocock, S. J. (1987) 'Risk factors for ischaemic heart disease in British men', *British Heart of Journal* 57: 11–16.

Shaper, A. G., Pocock, S. J. and Walker, M. (1981) 'British regional heart study: cardiovascular risk factors in middle-aged men in 24 towns', *British Medical Journal* 283: 179–86.

Siegrist, J., Dittman, K., Rittner, K. and Webber, I. (1982) 'The social context of active distress within patients with early myocardial infarction', *Social Science and Medicine* 16: 443–53.

Smith, T. W., Follick, N. J. and Korr, K. S. (1984) 'Anger, neuroticism, Type A behavior and the experience of angina', *British Journal of Medical Psychology* 57: 249–252.

Spielberger, C. D. (1972) *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, New York: Academic Press.

Spielberger, C. D., Jacobs, G. Russell, S. (1983) 'Assessment of anger: the State-Trait

Anger Scale' in J. N. Butcher and C. D. Speilberger (eds) *Advances in Personality Assessment, Vol. 2*, Hillsdale, NJ: LEA.
Steptoe, A., Melville, D. and Ross, A. (1984) 'Essential hypertension and psychological functioning: a study of factory workers', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 303–11.
Talbot, T. T. E., Detre, K., Kuller, L. H. and Perper, J. (1977) 'Biologic and psychosocial risk factors of sudden death from coronary disease in white women', *American Journal of Cardiology* 39: 858–64.
Tavazzi, L., Zotti, A. M. and Rondanelli, R. (1986) 'Role of psychologic stress in the genesis of lethal arrhythmias in patients with coronary artery disease', *European Heart Journal* 7 (Supplement A): 99–106.
Tyroler, H. A., Cobb, L. A. and Haynes, S. G. *et al* (1987) 'Task Force One: Environmental risk factors in coronary artery disease', *Circulation* 76 (I Part 2): 139–44.
Verwoerdt, A. and Dovenmuhle, R. H. (1964) 'Heart disease and depression', *Geriatrics* 19: 856–63.
Williams, R. B. Jr and Anderson, N. B. (1987) 'Hostility and coronary heart disease', in J. W. Elias and P. H. Marshall (eds) *Cardiovascular Disease and Behaviour*, London: Hemisphere.
Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983) 'The hospital anxiety and depression scale', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67: 361–70.

الفصل التاسع والعشرون

علاج أمراض الشرايين التاجيه والتنفس

Cardiovascular and respiratory diseases Treatment

C. Bundy سى . بندى

الفصل التاسع والعشرون
علاج أمراض الشرايين التاجية والتنفس
سى . بندى C. Bundy

التدخل فى أمراض الشرايين التاجية والقصور الدموى القلبى [١]

يمكن تطبيق التدخل النفسى فى كل مراحل أمراض الشرايين التاجية سواء فى الوقاية الأولية (قبل ظهور أعراض المرض)، وخلال المرحلة الحادة التى غالبا ما تكون تالية لجلطة القلب ، أو فى مرحلة إعـادة التأهيل أو التأهيل التالى[٢] (الوقاية الثانوية)، ويتراوح نوع التدخل الذى يمكن استخدامه بين العلاج النفسى باستخدام الأساليب المعرفية السلوكية إلى الاستراتيجيات السلوكية. وكان التدخل النفسى قبل السبعينيات يتضمن أساساً العلاج النفسى أو تعديل السلوك المتعلق بعوامل الخطر المرتفعة. وبالرغم من ذلك فمع تطور النماذج التفاعلية الخاصة بالضغوط جاءت مقدمات الحزم العلاجية الشاملة التى تستخدم أكثر من أسلوب.

الوقـــاية :

التعليم الصحى هو المنحى الأساسى للوقاية الأولية وهو يعتمد على افتراض أن التعرف على عوامل الخطر المسببه لأمراض الشرايين التاجية سيوجه الناس نحو تغير أنماط حياتهم وسلوكياتهم تبعا لذلك. وقد استخدم هذا المنحى فى نطاق محدود مع أفراد ومجموعات صغيرة، وعلى نطاق واسع يشمل المجتمع بأكمله. وهناك دراستان بارزتان تتضمنان مجتمعان هما : مشروع ستانفورد للثلاث مجتمعات[٣] فى الولايات المتحدة، ومشروع شمال كارليا [٤] فى فنلندا (أنظر على سبيل المثال : Kottke et al. 1984; Puska et al., 1983) وقد استخدمت كل من الدراستين حملات نصح ومعلومات من خلال وسائل الاتصال الجمعى حول مخاطر أمراض القلب، والأكل والسلوك الصحى. وقد أدى مشروع شمال كارليا إلى انخفاض جوهرى فى التدخين وفى مستوى الكلسترول وفى ضغط الدم الأنبساطى.

وقارن برنامج ستانفورد بين : ١ - عدم وجود أى تدخل مخطط وبين. ٢- استخدام التعليم فقط وبين ٣ - التعليم وتعليمات التحكم الذاتى فى ضغط الدم والوزن والتدخين بالإضافة إلى نصائح محددة

(1) Ischaemic heart disease.
(2) Post- rehabilitation.
(3) Stanford Three Communities Project.
(4) North Karelia Project.

حول التغذية. وكانت نتائج التعليم والتعليمات ممتازة، إذ تحقق انخفاض قدرة ٣٠ فى المئة فى مخاطر أمراض القلب مقارنة بانخفاض قدرة ١٠ فى المئة لدى مجموعة التعليم فقط وكان الانخفاض الذى بلغ ٣٠ فى المئة فى عوامل الخطر لمرض القلب مصحوبا بانخفاض فى مخاطر بعض الأمراض الأخرى المتعلقة مثل الجلطة المخية (١) واضطراب التنفس ، وعلى المستوى الفردى أظهرت نتائج التدريب على المهارات السلوكية مع الإرشاد الفردى الممتد مقارنة بزيارة واحدة للطبيب تحسنا جوهريا فى الوزن والتغذية ومستوى الكلسترول ومستوى الدهون الثلاثية (٢) والتدخين . (Meyer and Henderson, 1974)

وقد ركز الكثير من البحوث فى مجال الوقاية الأولية على تعديل سلوك النمط أ. والذى سيناقش بشكل شامل فى القسم المخصص له من هذا الفصل. وقدم لونج (1984) Long إحدى الدراسات القليلة التى قارنت بين التدخل النفسى (تعليم وتدريبات معرفية سلوكية) وبين التدخل البدنى (الأيروبك) (٣) وقيس كل من القلق والتوتر والإدراك الذاتى للكفاءة وإمكانية ممارسة الرياضة لدى ٦١ متطوعا ممن يعانون من الضغوط. وقد لوحظت تغيرات كبيرة فى التوتر والقلق لدى كل من المجموعتين، غير أن أى منهما لم يتمين عن الأخرى ويعتقدا أنهما متكاملتين وبالرغم من التغيرات الإيجابية التى سجلت فى مخاطر أمراض القلب نتيجة للتعليم الصحى وحده، وبالجمع بينه وبين الاستراتيجيات المعرفية السلوكية، يظل السؤال القائم هو : هل يترجم ذلك إلى إنخفاض فعلى فى أمراض القلب. ويحتمل أن الأمر يستغرق بعض الوقت إلى أن تتجسد التغيرات فى نمط الحياة فى صورة انخفاض حقيقى فى أمراض القلب. ويستطيع الأخصائيون النفسيون لعب دور جوهرى فى المساعدة على هذه الترجمة.

المرحلة الحـــادة

توصف أكثر أشكال استخدام التدخلات شيوعا فى هذه المرحلة من مراحل أمراض القلب على أنها علاج نفسى فردى أو علاج لمجموعات صغيرة، إلا أنها تتضمن فى الواقع ارشادا وتدريبا على تدبر القلق ويذكر لينزر وارنسون (1972) Lenzer and Aronson علاجا نفسياً فردياً لمرضى حولوا من وحدات العناية المركزة للقلب إلى أجنحة المستشفى الرئيسية، وقد أظهر أولئك الذين أعُدوا لذلك قدرا أقل من التكدر الانفعالى ومستويات أكثر أنخفاضا فى هرمون الكاتيكولامين (٤) وتعقيدات قلبية أقل من المجموعة الضابطة. وقام جروين (1975) Gruen بأكثر الدراسات المنهجية التى أجريت على مرضى فى هذه المرحله. حيث قسم عشوائيا سبعين مريضا إلى مجموعتين، تلقت الأولى علاجًا نفسيًا تدعيميًا، ولم تتلق الأخرى أى علاج نفسى خلال مرحلة علاجهم طبياً فى وحده العناية المركزة للقلب. وقد قدر أفراد مجموعة العلاج النشط على أنهم أقل قلقًا وإكتئاباً ، وعانوا درجة أقل من المشكلات القلبية ، وأقاموا أياما أقل فى وحده العناية المركزة وأياما أقل فى جناح المستشفى بعد نقلهم إليه ويبدو أن هذا الشكل من المدخلات النفسية مفيد للمرضى بالإضافة إلى أنه قليل التكلفة نسبيا.

---

(1) Stroke

(2) Triglyceride

(3) Aerobic Conditioning

(4) Catecholamine.

إعادة التأهيل والوقاية الثانوية

استخدمت أشكال متعددة من التدخلات النفسية التى تتراوح بين الأساليب السلوكية والعلاج النفسى بدرجات متباينة من النجاح فى هذه المرحلة من مراحل أمراض القلب. والعلاج الراهن المختار عبارة عن حزمة تعليمية ، تدعيميه ، علاجية نفسية ، وتدريب معرفى سلوكى على المهارات. وعادة ما تتضمن المكونات التعليمية معلومات حول جلطة القلب ، والتغذية والعودة إلى العمل ونمط الحياة الصحى، واحيانا ما تتضمن التعرف على الاستثارة النفسية والأفكار والمشاعر والسلوك المصاحب لها. وغالبا ما يتركز. التدريب على المهارات على تعديل النمط أ السلوكى، إلا أنه يمكن أن يمتد أيضا لكى يشمل استخدام العائد البيولوجى والاسترخاء، والتدريب على التوكيدية، وتدبر الغضب.

وهناك الكثير من الدراسات الجديرة بالذكر للتدخل النفسى فى هذه المرحلة وتعتمد أغلب برامج التدريب على الاسترخاء، ويتضمن بعضها أيضا تدريبات أخرى مثل التدريب على التمرينات (للاطلاع على مراجعة جيدة انظر Langosch, 1984) وقد وصف أورنش وزملاؤه (Ornish et al. 1983; 1990) واحدة من أكثر الحزم العلاجية شمولا، وهو البرنامج الوحيد الذى استخدم مع مرضى قلب ويركز على الجمع بين التغيرات الغذائية وتدريبات على تدبر الضغوط، وتغيير نمط الحياة، بما فى ذلك التدريب التدريجى على ممارسة الرياضة. ولم تظهر نتائج هذه الدراسة انخفاضا ملحوظا فى الذبحة الصدرية (١) مع تحمل زيادة التمارين الرياضية فقط، بل تدعى حدوث انعكاس(٢) فى تصلب الشرايين، وكانت الدلائل التى أوضحها تصوير شرايين القلب (٣) مقنعة للغاية. ولا يقدم المؤلفون أية ادعاءات حول أى مكونات الحزمة العلاجية هى التى أثرت فى هذا الإنعكاس. ومن الواضح أن هذا يبدو مجالا مستقبليا لعمل الأخصائيين النفسيين مع هذا المجموعة المهملة من العملاء.

خلاصة وتوصيات

يمكن إجراء تدخل نفسى فى أى مرحلة زمنية من مراحل المرض، قبل التشخيص أو خلال المرحلة الحادة، وخلال إعادة التأهيل. وتعد التدخلات النفسية التى تعتمد على منحى معرفى سلوكى، وبالأخص تلك التى تقوم على المهارات فعالة على نطاق واسع، غير أن العلاج النفسى التدعيمى يمكن أن يفيد بالمثل مجموعات فرعية من الناس. وتبدو التدخلات التى تتضمن أكثر من نوع واحد من العلاج مفيدة بصفة عامة وأكبر تأثيرا من العلاجات التى تستخدم أسلوبا واحداً فقط. وتلاحظ هذه التأثيرات على المقاييس النفسية والفسيولوجية.

(1) Angina.

(2) Reverse the atherosclerosis.

(3) Angiography.

تاريخ حاله

السيد «د» فى الثالثة والخمسين مدير مشروع صغير للترميمات، وهو يعيش مع زوجته، ولديهما ابنان فى الثلاثينيات من عمرهما ويعيشان مع أسرتيهما. وبالرغم من أن الأسرة تصف نفسها باعتبارها ميسورة الحال، إلا أنهم يصفون نمط حياتهم أيضا باعتباره إرث آبائهم الفقراء. والزوجان مدخنان. ويستهلكون الحد الأقصى من الكحول بالنسبة لوزنهم، ويأكلون كثيرا فى المطاعم وفى المنزل فى المناسبات الترفيهية مع الأصدقاء بشكل منتظم وكل من الزوجين زائد الوزن. وهما يعترفان أنهما يأكلان كل أنواع الأطعمة السيئة. ويمارس السيد «د» الجولف مرة فى الأسبوع، وتمارس السيدة «د» السباحة أحيانا، ويمارس الابنان الرياضة بانتظام ولكن لديهما نمط حياة مشابه لنمط حياة والديهما.

عانى السيد «د» من أول نوبة للذبحة الصدرية أثناء لعبه الجولف واعتقد أنها عسر هضم واستمر فى اللعب، وتعرض لبعض النوبات الأخرى بعد ذلك أثناء ما كان يرهق نفسه ذهنيا وبدنيا على وجه الخصوص، وقد عرض على أخصائى قلب، والذى أجرى له رسم قلب بالمجهود ثم فسر حاله السيد «د» على أنه يعانى غالباً من ذبحة صدرية ووضع السيد «د» على قائمة انتظار لتصوير شرايين القلب للتأكد من التشخيص، وطلب منه التوقف عن التدخين، ولم يقم بأي تنازل يتعلق بنمط حياته سواء فى غذاءه أو سلوكه. وقبل أسبوعين من الموعد الذى حدد له لتصوير القلب عانى من جلطة فى القلب وادخل إلى وحدة العناية المركزة بالشرايين التاجية كحالة طارئة ، وبالرغم من تعافى السيد «د» من الذبحة الصدرية إلا إن الذبحة أصبحت أكثر سوءاً وأدت إلى إعاقة حادة لنمط حياته، وبعد عودة السيد «د» من المستشفى للبيت تعرض لنوبة ألم أخرى حادة وأعيد على أثرها مرة أخرى لوحده العناية المركزة للقلب مع الشك فى حدوث جلطة فى القلب. وعندما لم يتأيد هذا الشك حول إلى الخدمات النفسية.

وأجرى له تقييم لنمط حياته، مع وضع بروفيل لنمط سلوكه وخصائص سماته، بالإضافة إلى تقييم شامل لإمكاناته الجسمية، وحالته القلبية وقد حقق السيد «د» تعافيا جيدا من جلطة قلبه وكانت درجة الأنسداد الشريانى لديه متوسطة. وكان رسم قلبه بالمجهود محددا نظراً لعمره. وبالرغم من ذلك فقد كان مرتفع القلق كما قيس بمقياس قلق واكتئاب المستشفى، ومرتفع العدائية كما قيست بمقياس كوك ميدلى للعدائية ، وحصل على درجات متطرفة الارتفاع على العصابية كما قيست بمقياس العصابية من بطارية ايزنك للشخصية، ولم تبد عليه أعراض سلوك النمط أ كما قيس بمقياس جنكنز لمسح النشاط (١) .

وقد وصف للسيد «د» برنامج متعدد المكونات لإعادة التأهيل. فقد ألحق بمجموعة تدريبات رياضية داخل المستشفى تتكون من مجموعة أخرى من مرضى جلطة سابقين ويشارك فيها أربع مرات صباحا فى الأسبوع لمدى اثنى عشر أسبوعا، كما ألحق أيضا بمجموعة أخرى مكمله لبرنامج تدريبات رياضية تتكون أيضا من مرضى جلطة سابقين ومرضى آلام صدر.

(1) Jenkins Activity Survey.

وتتضمن هذه المجموعة الأخيرة خمسة أنواع من التدريب على الاسترخاء تتراوح بين الاسترخاء العضلى التدريجي وحتى التنويم الذاتى (1) وتعتمد على علاج معرفى سلوكى اقتبسه الأخصائى النفسى الإكلينيكى يتضمن الاحتياجات الخاصة بجمهور مرضى جلطة القلب والذبحة الصدرية. ويتضمن تدبر الغضب، والتحكم فى الآلم (بعد ماكينبوم، Meichenbaum, 1985) وتعليم حول نمط الحياة وماهية جلطة القلب والصلة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، والمثيرات النفسية المحتملة للذبحة الصدرية، وتتكون المجموعة من عدد يتراوح بين ٨ إلى ١٠ أفراد يلتقون مرتين أسبوعيا لمدة ساعة ونصف على امتداد سبعة أسابيع، وخلال هذا الوقت كان السيد «د» يمارس تمارين الاسترخاء فى البيت ويقوم بالواجبات المنزلية التى يكلف بها والتى تتضمن إجراء تغييرات فى نمط الحياة والسلوك.

وفى نهاية برناج التأهيل كان السيد «د» قد تعرض لعدد قليل للغاية من نوبات الذبحة الصدرية كما سُجل فى يوميه للذبحة ورسم القلب على مدى ٢٤ ساعة وأصبح فى غير حاجة لأن يظل على مضادات الذبحة الصدرية بشكل منتظم وتحسن رسم قلبه بالمجهود بشكل جوهرى على اختبار الدراجة متزايدة السرعة وهو يمارس السباحة الآن، ويركب دراجة مرتين فى الأسبوع، ويذكر أنه أقلع عن التدخين، وأصبحت درجاته على العدائية والقلق منخفضة جوهريا عما كانت عليه قبل البرنامج. وقد غيرت كل من زوجة السيد «د» ولديه من نمط حياتهم بالمثل، وكفت السيدة «د» عن التدخين، وأقلع الابنان أيضا عن التدخين. وتغيرت مكونات غذائهم لتتضمن قدرا أقل من الدهون، وفق تقاريرهم الغذائية، وبدأ وزنهم فى الانخفاض، وطلب الاثنان اجراء فحص لمستوى الكلسترول لديهما والذى تبين أنه فى الحد الأقصى للسواء وكان هذا، كما ذكرا، دافع إضافى لجعلهم يغيرون طريقة غذائهم.

وبعد عام من المتابعة، كان السيد «د» مستمرا فى تقدمه، وهو يصف نفسه الآن على أنه أكثر لياقة بدنيا مما كان عليه فى أى وقت مضى، ولم يعانى من أى نوبات ألم أو مشكلات نتيجة للجلطة ، ولكنه مازال يعانى من بعض نوبات الذبحة القليلة والتى يصفها على أنها مؤشرات للضغوط. وربما تكون أكثر النجاحات الجديرة بالذكر بالنسبة لتاريخ هذه الحالة هو استمرار التحسن الذى حققه باقى أفراد الأسرة، إذ لا يدخن أحدا منهم وخفضوا جميعهم من وزنهم، ويصفون نمط حياتهم على أنه أكثر صحة بشكل جوهرى عما كان عليه من قبل. وقد ذكر الابنان انخفاضا فى مستوى الكلسترول لديهما، وواصلا لياقتها البدانية، ومن أكثر الأشياء طرافه أن السيد والسيدة «د» وصفا جلطة السيد «د» القلبية على أنها أفضل الأشياء التى حدثت لأسرتهما.

سلوك النمط أ

من غير الممكن الحديث عن العلاج النفسى لأمراض القلب دون الحديث عن تعديل سلوك النمط أ. وقد جذبت محاولات تغيير عوامل الخطر السلوكية هذه قدرا كبيرا من الاهتمامات التراثية على امتداد الأعوام العشرين الماضية. وكانت نتائجها غير متسقة على الإطلاق. وقد ذكر بعض المؤلفين حدوث

(1) Self - Hypnosis.

انخفاض جوهرى فى الدرجات على سلوك النمط أ، وذكر البعض الأخر عدم حدوث أي تغيير، أو تغييرات زمنية محدودة (للأطلاع على مراجعة ممتازة لتعديل سلوك النمط أ أنظر: Johnston, 1982). وهناك العديد من الصعوبات تتعلق بهذه الدراسات المبكرة، وأكثر هذه الصعوبات هى الخلط الناتج عن عدم التطابق بين أساليب التدخل وأساليب قياس النتائج. فالبعض يختار أساليب التقدير الذاتى لسلوك النمط أ بكل أشكاله المتعددة، ويختار البعض الأخر أسلوب المقابلة المقننة المسجلة بالفيديو. كما قامت بعض الدراسات بمقارنة أشخاص أصحاء من أصحاب سلوك النمط أ بمرضى سابقين بجلطة القلب غير أنه أصبح مقبولاً الآن على نطاق واسع أن هؤلاء الأخيرين لا يشكلون مجموعة متجانسة.

وبالرغم من الجدل الدائر حول محاولات تغيير سلوك النمط أ، إلا أن هناك اتفاق عام على أن هناك ميل لحدوث انخفاض فى الدرجة على سلوك النمط أ عند استخدام أسلوب مناسب للتدخل. وهناك عدد من الدراسات الجيدة أوضحت ذلك (انظر على سبيل المثال Friedman et al. 1986; Thurman, 1985; Gill et al., 1985) إلا أن أحدث برنامج لتعديل سلوك النمط أ وهو الأكبر إلى حد بعيد هو مشروع الوقاية الدورية من أمراض الشرايين التاجية [1] (Freidman et al., op. cit). وهذه الدراسة جديرة بالإشارة على وجه الخصوص لأنها أجريت على مرضى ما بعد جلطة القلب وليس على جمهور الأصحاء. وحيث تم فيها تصنيف أكثر من ٨٠٠ مريض فى مجموعة تتلقى إرشادا فقط حول أمراض الشريان التاجي ، ومجموعة تتلقى إرشادا مماثلاً بالإضافة إلى تعديل سلوك النمط أ. (وصف ثورسن وزملاؤه Thoresen et al.,1982 هذه الأساليب بالتفصيل) وتم الحصول على تقديرات للنتائج سنويا على مدى السنوات الثلاثة الأولى ثم بعد أربعة أعوام ونصف. وقد انخفضت درجات أفراد المجموعتين على سلوك النمط أ، إلا أن مجموعة الإرشاد وتعديل سلوك النمط أ انخفضت درجاتهم جوهريا مقارنة بمجموعة الإرشاد فقط. وبالمثل كان معدل حدوث جلطة قلب جديدة أقل بمعدل النصف تقريباً فى مجموعة العلاج المشترك (٩ر١٢ فى المئة) مقارنة بمجموعة الإرشاد فقط (٢ر٢١ فى المئة) وبالرغم من ذلك، فإن أكثر النتائج المشجعة كانت انخفاض معدل حدوث جلطات قلب تالية لدى المرضى الذين انخفض لديهم سلوك النمط أ بنهاية عام واحد دون اعتبار لنوع العلاج الذى تلقوه مقارنة بأولئك الذين لم يغيروا من سلوك النمط أ لديهم. ويبدو أن هذه النتائج تمثل دعما قويا يؤكد أن التدخلات المحدودة التى تستهدف تعديل سلوك النمط أ لا تؤدى فقط إلى خفض السلوك المستهدف، بل تؤدى أيضا إلى خفض مترتبات أمراض القلب، أى الجلطة.

تاريخ حاله

دكتور «هـ» أكاديمى فى الثالثة والأربعين أحيل لقسم الخدمة النفسية بعد حصوله على إرشاد طبى، بعد تعرضه لجلطة حديثة فى القلب ، وكان متزوجا ولديه ثلاثة أطفال فى مرحله المراهقة، وتملك زوجته مشروعا غذائيا صغيرا والدكتور «هـ» رئيس قسم الرياضيات فى الجامعة المحلية، ودائما ما يتحدث عن طموحاته لجعل قسمه أكبر الأقسام فى الجامعات البريطانية، وكان

(1) Recurrent Coronary Prevention Project.

هو بالفعل أصغر من عُين أستاذا. وخلال المقابلة الأولى تحدثت السيدة «هـ» عن نهم زوجها للمنافسة، وهو لاعب أسكواش شديد الحماس، ومن راكبى الدراجات، ودائما ما يسعى للتفوق على نفسه، وقد وصفت زوجته كيف كان يهزم أطفاله فى ألعاب الأطفال عندما كانوا صغارا ولا يسمح لهم أبدا أن يكسبوا عندما يلعب معهم. وقد وصف هو ذلك باعتباره بناء للشخصية. ودائما ما كان دكتور «هـ» ينظر إلى ساعته ويبدو غير مستريح ونافذ الصبر خلال المقابلة. وقد وصف نفسه على أنه مملوء بالطاقة، ومتحمس، ولا يستطيع تحمل الأشخاص البطيئين.

وكجزء من التقييم التفصيلى أكمل الدكتور «هـ» مقابله مسجلة بالڤيديو لتقدير سلوك النمط « أ»، وأجاب على مقاييس للعدائية والغضب والقلق والعصابية. وقد اكتمل علاجه الطبى ولم يحقق أي تعافى ملحوظ من الجلطة على مدى الشهرين السابقين، كما لم يتلق أى علاج طبى فى الوقت نفسه. وقد أظهر الدكتور هـ خلال المقابلة بعض المؤشرات السلوكية على العدائية وإمكانات العنف ونفاذ الصبر والتنافسية. وأشارت نتائج استخباراته إلى درجة عالية للغاية من العدائية، ودرجة عالية على سمة وحالة الغضب، ومستوى يتجاوز حدود السواء للعصابية. كما أشارت درجاته إلى مستوى أكلينيكى للقلق.

وقد تلقى الدكتور «هـ» ارشاداً حول هذه النتائج، ووافق بعد عده مناقشات على المشاركة فى دوره لتدبر سلوك النمط أ خلال الأسبوع التالى وشارك فى ١٠ اجتماعات يستمر كل منها لمدة ساعة ونصف مع مجموعة صغيرة لتعديل سلوك النمط أ. وتتضمن الدوره الآتى :

١ – معلومات حول طبيعة سلوك النمط أ والصلات الممكنة بينه وبين أمراض القلب وطبيعة استجابة الاسترخاء.

٢ – تقدير ذاتى للمكونات المعرفية، وإعادة التنظيم المعرفى.

٣ – تدبر القلق.

٤ – التحكم فى الغضب (بما فى ذلك تدريب على التوكيدية)

٥ – مجموعة متنوعة من أساليب الاسترخاء تتراوح بين الاسترخاء العضلى التدريجى والتنويم الذاتى.

ويسمح فى كل جلسة للمرضى بتقديم أمثله من حياتهم الواقعية للموضوع الذى تجرى مناقشته، واتفاق على أنماط التغلب والموارد المتاحة. وتنتهى الجلسة بفترة استرخاء مدتها ٢٠ دقيقة. وتحدد واجبات سلوكية للقيام بها بين الجلسات. ويطلب من المرضى الاحتفاظ بمفكرة لتسجيل استجاباتهم لتقديم أمثلة للجلسات التالية. ويتم قياس سلوك النمط أ والعدائية، والغضب والقلق والعصابية بالطريقة نفسها التى استخدمت فى البداية قبل بدء العلاج وفى منتصف الدوره ونهايتها.

وقد ظهر انخفاض جوهرى فى سلوك النمط أ كما قيس بمقياس جنكنز لمسح النشاط، مع انخفاض جوهرى فى حالة القلق والغضب فى كل من مرحلتى القياس، وانخفضت درجات

العدائية ولكن بقدر غير جوهرى، ولم يحدث تغير سواء فى العصابية أو فى درجات سمة الغضب. وقد وصف الدكتور «هـ» نفسه على أنه أصبح مسترخيًا وأقل توترا بقدر جوهرى، وبدأ فى ملاحظه التحسن فى علاقاته مع أسرته وزملائه والذى عزاه إلى التدريب التوكيدى والتحكم فى الغضب. وقد ذكر أن الجلسات المتعلقة بتدبر الوقت ساعدته على العمل بطريقة أكثر إنتاجية. وقد ظل الانخفاض فى سلوك النمط P مستمرا على مدى عام كامل. ولم تنخفض سمة الغضب والقلق جوهريا عن ما كانت عليه عند التقييم النهائى. وقد أكد الدكتور «هـ» أن الجلسات العشرة وفرت طرقا بديلة للتعامل مع الإحباطات والضغوط التى تبين له أنه كان واقعا تحت وطأتها. وكان حماسة لعلاجه قريباً من الحماس الدينى مما شجعه على إرسال كل أعضاء قسمه لدورة خاصة لتعديل سلوك النمط P، وقد ذكر أن ذلك كلف قسمه عشرة آلاف جنيه خلال العام السابق، ولكن القسم كسب أكثر من ذلك من خلال الدخل الذى تحقق من الهيئات المانحة نتيجة لأن أعضاء قسمة أصبحوا الأكثر إنتاجية فى الجامعة.

الضغط المرتفع

دائما ما يرتبط الضغط المرتفع بالنمط السلوكى أ ، ولأن الاثنان عاملى خطر مستقلين لأمراض القلب (راجع : Panel, 1981) فقد حاولت بعض الدراسات تغيير كل منهما بانفصال عن الآخر (مثال ذلك : Irvine et al., 1986) أو معا (مثال ذلك : Bennett et al., 1991). وتعديل سلوك النمط أ كما أشير إليه فيما سبق يمكن تطبيقه بسهولة على جمهور مرضى الضغط المرتفع إلى أنه قد يتطلب الإمتداد به ليشمل أشكال أخرى من التدبر السلوكى ذات الصلة بجمهور أصحاب الضغط المرتفع مثل التغذية، والتحكم فى الوزن، وتحسين إذعانهم للعلاج.

وأبسط أشكال التدخل مع هذه المجموعة من العملاء هى التعليم والمراقبة الذاتية. وكثيرا ما تفشل التدابير الطبية لضغط الدم فى التأكيد على أهمية انتظام تناول الدواء واستمرار ذلك، ودائما ما يتوقف المرضى عن تناول أقراصهم إذا شعروا أنهم فى حالة أفضل، أو قد يتناولونها بجرعات عشوائية غير منتظمة. ويزيد المرضى من التزامهم بالنظام الدوائى عند إعطائهم تفسيرا بسيطا مختصرا حول كيف يعمل دوائهم، ويصبحون بالمثل أكثر ميلا للالتزام بالنظام الدوائى عند إخبارهم بالآثار الجانبية الممكنة والسبب الذى يؤدى إلى هذه الآثار الجانبية (Haynes et al., 1976) ومن الإجراءات المفيدة والتى تعد جزءاً من المراقبة الذاتية الاحتفاظ بمفكرة خاصة بالجرعات الدوائية وملاحظة الآثار الجانبية. والمنطق الذى يحكم هذا الأمر هو أن زيادة انشغال المريض بالعلاج سيؤدى إلى تقارير تحسن أكثر دقة، واحتمالات أقل لتخلى المرضى عن علاجهم. وتركز بعض الأساليب العلاجية العامة الأخرى على تغيير عوامل خطر أخرى لأمراض القلب تتفاعل مع الضغط المرتفع سواء كانت تؤدى إلى تفاقمه أو تزيد من مخاطر أمراض القلب الأخرى (مثل جلطة القلب أو الذبحة) أو الاثنتين معا (Kannel, 1977) ويركز علاج كانل السلوكى على التدخين، والتحكم فى الوزن، والتحكم فى كمية الملح فى الطعام، وخفض استهلاك الكحول والكافيين فى حالة إذا كانا زائدين وهناك بعض الدعم، وإن كان غير مؤكد، حول أن خفض ملح الطعام (Beard et al., 1982) والوزن (Basler et al., 1982) يمكن أن يساعد على

التحكم فى نوبات أرتفاع الضغط لدى المرضى متوسطى الضغط المرتفع البدناء. وهناك دليل على أن الرقابة اليومية الذاتية فقط لضغط الدم يمكن أن تؤدى إلى خفض تدريجي بالقدر نفسه على الأقل الذى تحققه التدخلات النفسيه الأخرى مثل التدريب على الاسترخاء. وبالرغم من ذلك فهناك بعض التضارب بين الانخفاض الذى يلاحظ على القياسات التى تؤخذ فى البيت وتلك التى تؤخذ فى العيادة. وسواء كانت هذه الانخفاضات راجعة إلى العائد(١) فقط أو كانت تعبر عن اعتياد طويل المدى على المراقبة الذاتية فإن الأمر مازال غير واضح (Chensey et al., 1987).

وحتى عند استخدام التدريب النموذجى على الاسترخاء بمفرده فسيكون له تأثير خافض على ضغط الدم. وقد وردت تقارير متسقة حول ذلك منذ عام ١٩٧٦ غير أن الدراسات المبكرة تضمنت جوانب ضعف منهجية متعددة ، من ذلك ارتفاع معدلات الأفراد الذين خرجوا من الدراسة قبل نهايتها، وعدم وضوح نوع العلاج ، واستخدام مجموعات غير متجانسة. وقد ظهر أن الأساليب التأملية (٢) تخفض من ضغط الدم بقدر جوهرى بالمقارنة بعدم استخدام أى علاج على الإطلاق (Seer and Raeburn, 1980). وكذلك الاسترخاء العضلى (Southam et al., 1982) غير أن أكثر الدراسات المقنعة هى تلك التى قارنت أساليب العلاج التى تقبل المقارنة فيما بينها.

وقد ظهر انخفاض جوهرى فى ضغط الدم فى دراسة جمعت بين الاسترخاء العضلى التدريجى والأساليب التأملية وقارنت بينهما وبين تدخل يتضمن توفير المعلومات فقط، وحدث الانخفاض فى مجموعة العلاج المزدوج ، بالإضافة إلى ذلك، استمرت هذه الانخفاضات وتزايدت على مدى ثلاثة أشهر من المتابعة ثم على مدى أربعة سنوات من المتابعة (Patel et al., 1985). وقد أمكن الحصول على نتائج جوهرية مشابهة عند استخدام أساليب تجمع بين التأمل والاسترخاء عند المقارنة بينها وبين إجراءات للتحكم فى الانتباه (٣) (Patel and Marmot, 1988) أو بينهما وبين عدم استخدام أى علاج نشط (Jorgensen et al., 1981) وعند مقارنة التدريب على الاسترخاء بالعلاج الطبى وحده أو عندما يصحبه دعم علاجى نفسى، برهن الاسترخاء على أنه العلاج المتفوق (Taylor et al., 1977).

وأكثر المقارنات شمولا بين العلاج النفسى لدى المرضى متوسطى الضغط هى التى وصفها شيزنى وزملاؤه Chesney et al., (1987) فقد صنف ١٥٨ مريضا بطريقة عشوائية فى خمس مجموعات تدريب على الاسترخاء فقط، أو تدريب على الاسترخاء واعادة التنظيم المعرفى، أو الاسترخاء مع عائد بيولوجى، أو الاسترخاء مع علاج سلوكى (الإقلال من الملح والتدخين والكافيين) أو الجمع بين الاسترخاء والعائد البيولوجى والتنظيم المعرفى. وقورنت هذه المجموعات بمجموعة ضابطة كان يقاس ضغط أفرادها فقط. ولم تكن هناك فروق بين المجموعات عند قياس ضغط دم أفرادها فى العيادة، حيث أظهرت جميعها انخفاضا جوهريا، وبالرغم من ذلك أظهرت مجموعات التدخل فقط انخفاضا عند قياس ضغط أفرادها أثناء وجودهم بأماكن عملهم. وأظهرت مجموعة الاسترخاء والعلاج المعرفى أكبر انخفاض فى كل من الضغط الانقباضى والانبساطى.

---

(1) Feedback.

(2) Meditation techniques.

(3) Attention Control.

خلاصة

الخلاصة العامة من العلاج النفسى لمرضى ضغط الدم المرتفع ، هى أن أغلب أساليب العلاج يمكن أن تكون فعالة بدءاً من المراقبة البسيطة لضغط الدم وحتى العلاج المعرفى التفصيلى، ولم يبرهن أسلوب واحد على أنه المتفوق دون سواه، وبالرغم من ذلك فعندما يتم الجمع بين التعليم والتدريب على المهارات والعائد البيولوجى والعلاج المعرفى فى الاستخدام ، تصبح النتائج مشجعة للغاية ، ويتعين أن يكون هذا الأسلوب متعدد المستويات هو أكثر العلاجات الفعالة المختارة.

تاريخ حالة

السيد «و» بنَّاء فى الثامنة والخمسين يعمل لحسابه الخاص، وهو يعيش مع زوجته، وهى ربة بيت فى الرابعة والخمسين، ولديهما ثلاثة أبناء كبروا وأصبحت لهم عائلاتهم الخاصة، ولكنهم يعيشون بالقرب من والديهم. وقد أحيل السيد «و» على أنه يعانى من ضغط دم مرتفع بدرجة غير كبيرة (يتراوح ضغطه الانبساطى بين ٩٠ ، ١٠٥) حسبما قام بقياسه الممارس العام وقدمت للسيد «و» إمكانية الاشتراك مع مجموعة من تسعة أشخاص آخرين مرتين أسبوعيا لمدة عشرة أسابيع للتدريب على التحكم فى الضغوط. وأجرى له قياس لسلوك النمط P باستخدام مسح الأنشطة لجنكينز، والغضب بمقياس التعبير عن الغضب لسبيلرجر، واستخدم بروفيل ديروجيتس Derogatis للضغوط لقياس التقدير الذاتى للضغوط. وقيس ضغط الدم قبل وبعد كل جلسة من جلسات التدريب على التحكم فى الضغوط، واستخدم هذا القياس لتوفير عائد له عن كل جلسة.

وتضمن برنامج التدريب على التحكم فى الضغوط تعليما حول ضغط الدم ودور الضغوط، وتدريب على الاسترخاء، وإعادة التنظيم المعرفى، وتعديل للنمط P السلوكى، وبالأخص تغيير ضغوط الوقت، واستجابات الغضب. وتضمنت الواجبات المنزلية مراقبة ذاتية منتظمة لضغط الدم والاحتفاظ بمفكرة يومية لتسجيل الأحداث الضاغطة.

وبدا من الواضح خلال الجلسات أن السيد «و» يعانى من صعوبات فى زواجه، وأمكن تتبع المشكلة وتبين أنها تعود جزئيا على الأقل إلى عدم توكيديته وعندما طلب منه أن يكون توكيديا اتخذ موقفا دفاعيا ثم عدوانيا وانتهى به ذلك إلى مشاعر ذنب واكتئاب. ثم انسحب بعد ذلك من العلاقة. وقد أدى ذلك إلى ضغوط إضافية. وقد حدد السيد «و» ذلك باعتباره المصدر الأساسى للضغوط التى يعانى منها. ومن خلال المعلومات التى سجلها فى دفتر يوميات الضغوط/ضغط الدم كان فى مقدوره أن يلاحظ الآثار المباشرة لذلك على ضغط دمه. ونتيجة لاشتراكه فى المجموعة أصبح قادراً على تسجيل مساعدات بقية أعضاء المجموعة له فى تحديد استجاباته، ومساعدته على تغيير الأفكار المصاحبة، وتوفرت له إمكانية ممارسة قدر أكبر من التوكيدية، ودرجة أقل من الاستجابات العدوانية لمشكلات معينة.

وبنهاية البرنامج انخفضت قياسات ضغط السيد «و» جوهريا بشكل متسق، وأصبح

أكثر هدوءا، وذكر أنه يشعر بقدر أكبر من التحكم، وانخفضت درجاته على بروفيل الضغوط ولكن بقدر غير جوهرى، ولم تتغير درجاته على سلوك النمط A عن المستوى البينى الأساسى الذى كان عليه. وبالرغم من ذلك تغيرت درجاته فى التعبير عن الغضب تغيرا جوهريا. ويذكر الآن أن مشاعر غضبه أقل، وتعبر عن قدر أقل من الغضب. وقد استمر النمط نفسه من الاستجابة على امتداد ستة أشهر من المتابعة، واستمر السيد «و» فى ذكر زيادة فى مشاعر التحسن والتحكم، وقد ذكر أيضا أن التحسن فى علاقته بزوجته ساعد على مواصلة تحسن ضغط دمه. وعند هذه المرحلة انخفض ضغطه الانبساطى ليتراوح بين ٨٠ و٩٠ وأصبح لايعد نتيجة لذلك فى خطر من احتمالات أمراض شرايين تاجية أخرى.

الربـــو

تضمنت الكثير من البحوث الخاصة بالجوانب النفسية لأمراض التنفس مجموعات مختلطة من الناس: من لديهم ربو واحتقان فى الشعب الهوائية وبقية الاضطرابات الرئوية. ويتضمن المجال النمطى للبحوث العلاقة بين الألكسيثميا[١] (وهى اضطراب عام فى المزاج والتفكير يتسم بتعبيرات بدنية عن بعض الصراعات النفسية الداخلية) والأقامة فى المستشفى (مثل ذلك : Dirks et al., 1981) واستجابات الهلع/الخوف للأمراض التنفسية (مثال ذلك : Dirks et al., 1977) وسمات الشخصية والأداء الرئوى (مثال ذلك : Biro and Sebej, 1977) والتدبر السلوكى لأمراض الرئتين (Parker, 1985). وعندما كانت الدراسة تقتصر على المرضى الذين يعانون من الربو فقط كان يطبق أسلوبان نفسيان عريضان هما العلاج النفسى والعلاج السلوكى، وعندما كان العلاج النفسى هو المستخدم كان اعتماده الأساسى على نظريات التحليل النفسى حول الاتكالية الزائدة[2] والتعلق بالأم، وأن الأزمة الربوية عبارة عن صرخة مكبوتة. وبالرغم من ذلك، هناك القليل من الدلائل، من خلال التراث البحثى المتاح حول علاقة غير معتادة بين الأم والطفل المصاب بالربو. وتوجد بالأحرى بعض الدلائل على أن مرضى الربو يميليون لأن يكونوا أشخاصا جيدى التوافق (أنظر على سبيل المثال : Gauthier et al., 1977) ولا توجد بالمثل دلائل تؤيد نظرية الصرخة المكبوتة، وبالقدر نفسه لا توجد دلائل على أن العلاج النفسى وحده يسكن الربو، ويميل أى تحسن يذكر لأن يكون ظرفيا (Creer, 1982).

وقد برهنت الاستراتيجيات السلوكية على أنها أكثر نجاحا بقدر ما. وقد أظهر علاجاً مضبوطاً باستخدام التسكين المنظم [٣] لمؤشرات اثارة الخوف[٤] لدى ستة عشر طفلا تحسنا ضئيلاً فى قوة الزفير القهرى [٥] عندما قورن بينهم وبين مجموعة لم تتلق علاجا نشطا (Miklich et al., 1977) وأحد المشكلات المتعلقة بهذه الدراسة، هى أن بعض المرضى حققوا تقدما كبيراً، غير أن هذه النتيجة أصبحت

(1) Alexithmia.
(2) Over - dependance.
(3) Systematic desensitisation.
(4) Fear - provking cues.
(5) Forced expiratory volume.

مبهمة عندما استخلصت المتوسطات لمجموع المرضى معا، والذين لم يحقق بعضهم تحسنا كبيرا، وقد أدى ذلك إلى الدعوة لجعل مرضى الربو يقارنون بأنفسهم وذلك للحد من المقارنات بين المفحوصين. وتتضمن بعض الأساليب الأخرى المتعلقة بتعلم التمييز بين الأعراض (بتعليم المرضى كيف يقيِّمون متى تكون النوبات الربوية وشيكه) ، واستخدام مؤشرات بدنية للنوبات مثل اختبار وظائف الرئة لتوفير عائد بيولوجى للمريض. وقد برهن تعليم فريق المستشفى كيفية عدم تعزيز سلوك المرض، من خلال إبعاد التليفزيون والكتب وإمكانات التفاعل مع بقية الأطفال عند دخول مريض الربو إلى المستشفى على أنه إجراء مفيد فى خفض طول فترة الإقامة، بالإضافة إلى تعليم المرضى استراتيجيات التدبر الذاتى (انظر على سبيل المثال : Weiss, 1981) وتتضمن بعض أساليب التدبر النفسى الحديثة لمرضى الربو استخدام الرسوم البيانية والمسارات التى يستطيع المريض من خلالها اتخاذ قرارات والقيام باستجابات خلال النوبة الربوية ذات طبيعة وقائية (Pal-Hegedus, 1988) وتتوفر تقارير على أن الجمع بين استراتيجيات التغلب السلوكية، والعائد البيولوجى، واستخدام التنويم (Brown and Fromm, 1988) حقق بعض النجاح فى الإقلال من الأعراض. ويتعين عدم إغفال أهمية تزويد المرضى بالمعلومات الأساسية حول الربو، وبالأخص فى علاقتها بالاستخدام الصحيح للعقاقير، ويعتمد الكثيرون من مرضى الربو على أنفسهم فى تناول الأدوية. وتعد المشاركة النشطة فى العلاج من الأمور الجوهرية لحسن التدبر.

تاريخ حالة

الأنسة «م» مدرسة فى الثلاثين من عمرها ، وهى تعمل فى إحدى الكليات ، وتعانى من الربو منذ أن كانت فى الثامنة عشر. وقد أُوضحت لها حالتها بصورة جيدة وحملت قدرا كبيرا من المسئولية لتدبر أمر نفسها، وكان طبيبها فى أشد السعادة لتحملها المسئولية، وقام بتحويلها للخدمات النفسية للتدريب الأساسى على الاسترخاء، وبعد عدة أسابيع من ملاحظة الأنسة «م» قبل حدوث نوبة الربو وأثناء حدوثها وبعدها (والتى أحدث الفريق الطبى بعضها تجريبيا) أصبح من الواضح أن سرعة تنفسها غير العميق (١) هو المرحلة المبكرة السابقة على حدوث نوبة الربو والتى تؤدى إلى تفاقمها. وكان بروفيلها النفسى سويا فيما عدا درجة مرتفعة على مقياس الهلع/الخوف من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية (MMPI). وقد اتفق لها على برنامج يتضمن سبع جلسات تتدرب خلالها على التنفس العميق، ويتضمن ذلك تنفسا للحجاب الحاجز (٢). تنفس بطئ وعميق، مع زفير بنفس بطئ الشهيق (Soskis, 1986) بالإضافة إلى جلسات أخرى موازية للتدريب على الاسترخاء العضلى والتنويم الذاتى، وكانت الجلسات فردية وتتم فى منزلها. وقد كشف التقييم على امتداد ثلاثة أشهر، والذى تم فى عيادة الصدر فى المستشفى المحلى عن انخفاض قدره ٣٠ فى المئة فى عدد نوبات الربو التى تعانيها، وصاحب ذلك انخفاض قدره ١٠٠ فى المئة فى النوبات التى تتطلب دخول المستشفى. واستمر نمط التحسن

(1) Shallow.

(2) Diaphragmatic breathing.

على امتداد عام المتابعة متضمنا انخفاضا قدره ٧٫٥ فى المئة فى عدد مرات دخول المستشفى. وقد استخدمت الأنسة «م» الاسترخاء والتنويم الذاتى بمعدل مرة فى الأسبوع، وذكرت عدم وجود آثار جانبية عكسية من استخدام هذه الأساليب، وذكرت تحسنا عاما فى صحتها وتحكمها، إلا أن ذلك لم يقيم بشكل نظامى ، وهى تقوم الآن بتدريس هذه الأساليب بموافقة الطبيب للمرضى الذين يزورون العيادة.

احتقان الشعب الهوائية المزمن

أهملت الجوانب النفسية لاحتقان الشعب الهوائية المزمن والانتفاخ الرئوى بصورة محزنة فى كل من البحوث وأساليب التدخل. والكثير من العلاجات التى يستطيع الأخصائى النفسى تقديمها ستكون التدخل فى الأزمات والتحكم فى الأعراض. على الرغم من أن التدخين يعد أكبر الأسباب المنفردة للاحتقان المزمن للشعب الهوائية والانتفاخ الرئوى، ويتعين تقديم برامج التوقف عن التدخين، وكما سبق الإشارة إلى ذلك من قبل تعد العوامل النفسية محددات أساسية للإعاقات الوظيفية لدى عدد كبير من الناس، وبالتالى فمن المهم أن يجرى فحص نقدى للمستوى الحقيقى للقدرة الوظيفية. ويمكن القيام بذلك فقط بالاشتراك مع فريق الرعاية الصحية وذلك لعدم إفساد مدخلات المهنيين الآخرين المهتمين.

ودائما ما يكون التدخل النفسى مع هذه المجموعة من العملاء فى سياق البرامج العامة لإعادة التأهيل (أنظر على سبيل المثال :Agle et al., 1973) وقد لا يزيد عن كونه تدريبًا بسيطًا على الاسترخاء. وهناك القليل من التقارير حول تدخلات نفسية نوعية مع هؤلاء المرضى. وقد قارنت إحدى الدراسات فى هذا المجال (Rosser et al., 1983) بين مجموعة مرضى تلقى أفرادها علاجا تحليليا نفسيا بمجموعة أخرى تلقت علاجا نفسيا تدعيميا ، ومجموعة رعاية ركزت على القضايا العملية فى احتقان الشعب الهوائية، وقورن بين كل المجموعات ومجموعة لم تتلق علاجا نشطا ممن كانت تُجرى لهم اختبارات معملية فقط مرة فى الأسبوع. وتم متابعة كل المجموعات لمدة ستة أشهر. وتوحى النتائج أن كل من مجموعتى العلاج النفسى حققت تغيرات سيكودينامية ، غير أن مجموعة العلاج بالتحليل النفسى لم تحقق أية فائدة إيجابية تتعدى ذلك. وقد خفضت مجموعة الدعم النفسى من أعراضها السيكايترية كما قيست باستخبار الصحة العامة[1] وزادت من ممارستها للرياضة. وحققت مجموعة الرعاية تحسنا فى التنفس ولكن مع زيادة فى الوقت نفسه فى درجاتها على الاكتئاب. ويتعين النظر إلى نتائج هذه الدراسة بحذر إذ أن بعض المجموعات العلاجية تضمنت عددا قليلا من الأفراد لا يزيد عن خمسة مرضى ولم تستعاد هذه النتائج فى دراسات أخرى.

(1) General Health Questionnaire.

تاريخ حالة

الأنسة «ذ» فى الثانية والستين من عمرها، وهى ممرضة سيكايترية ، وقد شخصت على أنها تعانى من احتقان مزمن فى الشعب الهوائية وانتفاخ رئوى على مدى سبع سنوات سابقة، وقد تلقت حتى الآن علاجا طبيا فقط، عادة ما يكون خلال النوبات الحادة. وقد شعر الفريق الطبى أن الأنسة «ذ» قد تستفيد من إعادة تأهيل عام يتضمن بعض التدريب على الاسترخاء والتنفس. وقد أجرى لها اختبار لتحمل الجهد(1) قبل بدء العلاج لتحديد مستوى الأهداف العلاجية. وقُدر أن الهدف سيكون أقل بمقدار ٢٠ فى المئة من الإمكانية القصوى لمجموعتها العمرية. وقد تلى إجراء فحص نفسى تفصيلى لها تضمن حالة القلق والأكتئاب بدء الأنسة «ذ» دوره تمتد لمدة ١٢ أسبوع تدريب على الأيروبك (2) صمم خصيصا ليفى باحتياجاتها. وقد اشترك معها فى هذا البرنامج مجموعة تتكون من ١١ شخصا أخرين لديهم التشخيص ذاته وبدأوا معها فى الوقت نفسه. وكان التدريب يجرى بمعدل مرتين أسبوعيا لمدة ساعة ونصف فى كل مره. وادبرت جلسة ثالثة بواسطة ممرضة وأخصائى نفسى إكلينيكى مع المجموعة نفسها من الأفراد وقد خصصت لدعم المجموعة وتعليم أفرادها الذين لديهم النوبات المتكررة نفسها من احتقان الشعب الهوائية. وقد شُجع أعضاء المجموعة للكشف عن مشاعرهم وآية مشكلات يرغبون فى مشاركة الآخرين فى الحديث عنها ومناقشة أية مشكلات تتعلق بتشخيصهم. وقد استمر ذلك لمدة ١٢ جلسة، وتم تعليمهم التدريب على الاسترخاء الذاتى وتمرينات التنفس (وفق أسلوب جاكوبسون Jacobson, 1978) خلال جلسات إعادة التأهيل البدنى بواسطة أخصائي علاج طبيعى له اهتمامات بطب الأمراض الصدرية.

وبنهاية الأسابيع الأثنى عشر أعيد اختبار تحمل المجهود واختبار القلق والاكتئاب. وقد أظهرت الأنسة «ذ» تحسنا ملحوظا فى مستوى تحملها للجهد وكان أداءها أفضل جوهريا (وقد استخدمت معدلات ضربات القلب والتنفس كموشرات) فى المستوى الأولى لاختبار تحمل الجهد، وقد لاحظت التحسن فى قدراتها على أداء المهام اليومية، ولم تكن درجاتها الأصلية على القلق مرتفعة بقدر غير سوى، غير أن درجاتها على الاكتئاب كانت مرتفعة بدرجة تصنفها فى مجموعة المكتئبين إكلينيكيا، وقد أظهر القياس التالى انخفاضا فى درجاتها على الاكتئاب لأدنى من المستويات الإكلينكية.

وقد شعر طبيب الأنسة «ذ» وكذلك أخصائى العلاج الطبيعى المشاركين فى علاجها بتحسنها الملحوظ فى كل من حالتها البدنية والنفسية غير أن هذا التحسن لم يقيم بشكل نظامى.

وقد أظهرت متابعة الأنسة «ذ» لمدة عام تالى انخفاضا قليلا فى كفاءتها البدنية،. غير أن هذه المستويات للكفاءة ظلت أعلى من المستوى الذى بدأت به البرنامج ، وقد ظلت درجات الاكتئاب على ما كانت عليه بعد العلاج ولم تتغير درجاتها على القلق.

(1) Exercise tolerance test.

(2) aerobic.

الأفراط فى التنفس

أستخدم التدريب على التنفس بنجاح أيضا مع مجموعة الأشخاص الذين يطلق عليهم اسم مفرطى التنفس. وهو عبارة عن عائد بيولوجى يتضمن أحيانا أجهزة تقيس معدل التنفس، وجودة الزفير (Grossman et al., 1985) وأبسط الأساليب هى جعل المريض يعيد تنفس زفيره من خلال التنفس فى كيس ورقى. ويعمل هذا الأسلوب خلال نوبات الإفراط فى التنفس على إعادة اختزان ثانى أكسيد الكربون عند المستويات السوية فى الدم (أنظر الفصل الثامن Lindsay) وتتراوح الاستراتيجيات التى تهدف إلى منع النوبات بين التدريب على الاسترخاء و بين تطبيق البرامج المعرفية السلوكية الشاملة للتدريب على تدبر الضغوط.

وقد ظل ينظر إلى الإفراط فى التنفس باعتباره الأداء الفيزيقى لبعض الاضطرابات النفسية والسيكايترية الكامنة مثل القلق المزمن أو اضطراب الهلع. وبناء على ذلك عولج بشكل غير مباشر باستخدام الأساليب المعرفية السلوكية، أو الأساليب النفسية الدينامية، وعندما يعتقد أن هذه هى الحالة فإننا نحيل القارئ إلى التراث المتعلق بعلاج اضطرابات القلق والهلع (أنظر Lindsay الفصل الثامن). وعندما يعتقد أن الإفراط فى التنفس نذير بالربو أو تقلصات الشريان التاجى ، وعلى الرغم من كون العلاج هو نفسه علاج اضطرابات الهلع عموما، إلا أن العلاج يميل إلى التركيز على الإفراط فى التنفس. وهنا يحتمل أن تكون استراتيجيات العلاج السلوكى البسيطة مثل التدريب على الاسترخاء والذى يتضمن التحكم فى التنفس والعائد البيولوجى هو الأكثر فائدة. ولسوء الحظ فإن الإفراط فى التنفس يمكن أن يؤدى إلى تفاقم آلام الصدر لدى مرضى الشرايين التاجية(Freman and Nixon, 1985) ولهذا يتعين علاج هؤلاء المرضى بالتعاون مع الأطباء.

تاريخ حالة

السيد «س» فى الثامنة والخمسين من عمره لديه آلام صدر مزمنة ومستقرة. تردد السيد «س» على عيادة القلب الخارجية على مدى السنوات الثلاثة السابقة بعد تشخيص حالته. وهو دائم الشكوى من أن آلام صدره تصبح أسوا عندما يكون مثقلاً بالعمل، وقد أحيل لأختباره لتحديد مدى ملائمة إلحاقه ببرنامج للتدريب على تدبر الضغوط. وبعد التقييم الأولى تبين أنه مرتفع القلق وعدائى وحالة نمطية للنمط أ السلوكية بشكل مفرط. وبالتالى يكون ملائما للعلاج.

وعلى الرغم من ذلك رفض السيد «س» المشاركة أو العمل مع أى أخصائي نفسى. وكان هناك شعور أنه سيستفيد من تعلم التحكم فى التنفس، وأن إفراطه فى التنفس هو الذى يؤدى إلى تفاقم نوبات آلام الصدر والربو الصدرى لديه كما تبين من الاختبارات على القلب. وقد ناقش الأخصائي النفسى العلاج مع أخصائية علاج طبيعى كان لديها اهتمامات خاصة باضطراب القلب، وقد وافقت على تعليم السيد «س» الاسترخاء والتحكم فى التنفس والذى يتضمن تنفسا عميقا وبطيئا للحجاب الحاجز مع التحكم فى مرات الشهيق والزفير.

وبعد عشر جلسات من التدريب أدى السيد «س» اختبارا رياضيا تم خلاله حث الإفراط فى التنفس، غير أنه تمكن بنجاح شديد من التحكم فى تنفسه. وتوقف عن الإفراط فى التنفس بإرادته. وأظهر خلال هذا الوقت قدرا من التحكم فى الربو كما قيس بالـ ST- Segment وهو الجزء الخاص بالاكتئاب الذى يعد خاصية تشذ عن النمط السوى الذى يبينه رسام القلب. وقد شعر أخصائى القلب الخاص بالسيد «س» أنه قد استفاد من التدريب، ودعاه إلى المشاركة فى مجموعة تدريب قائمة للتحكم فى الضغوط. وقد وافق السيد «س» على المشاركة وأكمل الأسابيع الاثنتى عشر للدورة مشاركا مشاركة كاملة فى كل الجلسات.

References

Agle, D. P. *et al.* (1973) 'Multidisciplinary treatment of chronic pulmonary insufficient: I Psychologic aspects of rehabilitation', *Psychosomatic Medicine* 35: 41–9.

Basler, H. D. *et al.* (1982) 'Psychological group treatment of essential hypertension in clinical practice', in A. Mathews and A. Steptoe (eds) *Behavioral Medicine*, Leicester: British Psychological Society (57–64).

Beard, C. *et al.* (1982) 'Randomised controlled trial of a no added sodium diet for mild hypertension', *Lancet* II: 455–8.

Bennett, P. *et al.* (1991) 'Treating type A behaviors and mild hypertension in middle aged men', *Journal of Psychosomatic Research* 35(2/3): 209–23.

Biro, V and Sebej, F. (1977) 'Personality traits and respiration changes sensorimotor load in asthmatics', *Studia Psycholgia* 19(4): 314–17.

Brown, D. P. and Fromm, E. (1988) 'Hypnotic treatment of asthma', *Advances* 5: 15–27.

Chesney, M. A. *et al.* (1987) 'Relaxation training at the worksite: I The untreated mild hypertensive', *Psychosomatic Medicine* 49: 250–73.

Creer, T. L. (1970) 'The use of a time out from positive reinforcement procedure with asthmatic children', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 117–20.

Creer, T. L. (1982) 'Asthma', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50(6): 912–21.

Derogatis, L. R. (1986) 'The Derogntis Stress Profile (DSP): quantification of psychological stress', *Advancess in Psychosomatic Medicine* 003: 1.

Dirks, J. F. *et al.* (1977) 'Panic/fear: a personality dimension related to length of hospitalisation in respiratory illness', *Journal of Asthma Research* 14(2): 61–71.

Dirks, J. F. *et al.* (1981) 'Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma', *Psychotherapy and Psychosomatics* 36(1): 63–71.

Freeman, L. J. and Nixon, P. G. F. (1985) 'Chest pain and the hyperventilation syndrome – some aetiological considerations', *Postgraduate Medical Journal* 61: 957–61.

Friedman, M. *et al.* (1986) 'Alteration of Type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients. Summary results of the RCCP', *American Heart Journal* 112(4) 653–65.

Gautheir, Y. *et al.* (1977) 'The mother–child relationship and the development of autonomy and self-assertion in young (14–30 months) asthmatic children', *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 16: 109–31.

Gill, J. J. *et al.* (1985) 'Reduction of Type A behavior in healthy middle-aged American military officers', *American Heart Journal* 110: 503–14.

Grossman, D., DeSwart, J. C. G. and DeFares, P. B. (1985) 'A controlled study of breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome', *Journal of Psychosomatic Research* 29: 49–58.

Gruen, W. (1975) 'Effects of brief psychotherapy during the hospitalisation period on the recovery process in heart attack', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 223–32.

Haynes, R. B., Sackett, D. L. and Gibson, E. S. *et al.* (1976) 'Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension', *Lancet* I: 1265–8.

Irvine, M. J. *et al.* (1986) 'Relaxation and stress management in the treatment of essential hypertension', *Journal of Psychosomatic Research* 30: 437–50.

Jacobson, E. (1978) *You Must Relax*, New York: McGraw-Hill.

Jenkins, C. D. (1979) *Form C: Jenkins Activity Survey*, New York: Psychological Corporation.

Johnston, D. W. (1982) 'Behavioral treatment in the reduction of coronary risk factors: Type A behavior and blood pressure', in A. Mathews and A. Steptoe (eds) *Behavioral Medicine*, Leicester: British Psychological Society (43–56).

Jorgensen, R. S. *et al.* (1981) 'Anxiety management training in the treatment of essential hypertension', *Behaviour Research and Therapy* 19: 467–74.

Kannel, W. E. (1977) 'Importance of hypertension as a major risk factor in cardiovascular disease', in Genet, Koiw and Kuchel (eds) *Hypertension, Pathology and Treatment*, New York: McGraw-Hill.

Kottke, T. E., Puska, P., Salonen, J. T. *et al.* (1984) 'Changes in perceived heart disease risk and health during a community based heart disease prevention programme: the North Karelia Project', *Public Health Briefs* 74: 12.

Langosch, W. (1984) 'Behavioural interventions in cardiac rehabilitation', in A. Steptoe and A. Mathews (eds) *Health Care and Human Behaviour*, London: Academic Press (301–24).

Lenzer, A., and Aronson, A. (1972) 'Psychiatric vignettes from a CCU', *Psychosomatics* 13: 179–84.

Long, B. D. (1984) 'Aerobic conditioning and stress inoculation: A comparison of stress management interventions', *Cognitive Therapy and Research* 8(5): 517–42.

Meichenbaum, D. (1985) *Stress Inoculation Training*, Oxford: Pergamon Press.

Meyer, A. J. and Henderson, J. B. (1974) 'Multiple risk factor reductions in the prevention of cardiovascular disease', *Preventative Medicine* 3: 225.

Miklich, D. R. *et al.* (1977) 'The clinical utility of behavior therapy as an adjunctive treatment for asthma', *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 60: 285–94.

Ornish, D. *et al.* (1983) 'Effects of stress management training and dietary changes in treating ischaemic heart disease', *Journal of the American Medical Association* 249: 1.

Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W. *et al.* (1990) 'Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?' *Lancet* 336: 129–33.

Pal-Hegedus, C. (1988) 'Behavioral treatment in childhood asthma. Special issue: health psychology', *Revista-Latinoamericana de Psicologia* 20(1): 71–80.

Parker, S. R. (1985) 'Future directions in behavioral research related to lung disease', *Annals of Behavioral Medicine* 7(4): 21–5.

Patel, C. F. and Marmot, M. (1988) 'Can general practitioners use training in relaxation and management of stress to reduce mild hypertension?', *British Medical Journal* 296: 21–4.

Patel, C. *et al.* (1985) 'Trial of relaxation in reducing coronary risk: Four year follow-up', *British Medical Journal* 290: 1103–6.

Puska, P. *et al.* (1983) 'Changes in risk factors for CHD during 10 years of a community intervention programme: the North Karelia Project', *British Medical Journal* (17 December 1983): 287.

Review Panel on Coronary-prone Behavior and Coronary Heart Disease (1981) 'Coronary prone behavior and coronary heart disease: a critical review', *Circulation* 63: 1199–215.

Rosser, R., Denford, J. and Heslop, W. *et al.* (1983) 'Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: a study of psychotherapeutic management', *Psychological Medicine* 13: 93–110.

Seer, P. and Raeburn, J. M. (1980) 'Meditation training and essential hypertension: a methodological study', *Journal of Behavioral Medicine* 3: 59–71.

Soskis, D. A. (1986) *Teaching Self Hypnosis: An Introductory Guide for Clinicians*, New York: W. W Norton.

Southam, M. A. *et al.* (1982) 'Relaxation training: blood pressure lowering during the working day', *Archives of General Psychiatry* 39: 715–17.

Taylor, C. *et al.* (1977) 'Relaxation therapy and high blood pressure', *Archives of General Psychiatry* 34: 339–42.

Thoresen, C. E. *et al.* (1982) 'The RCCP. Some preliminary findings', *Acta Medica Scandinavica* (Supplement) 660: 172–92.

Thurman, C. W (1985) 'Effectiveness of cognitive-behavioral treatments in reducing Type A behavior among university faculty – one year later', *Journal of Counselling Psychology* 32: 445–8.

Weiss, J. B. (1981) 'Superstuff', in *Self-Management Educational Programs for Childhood Asthma, Vol 2: Manuscripts*, Bethesda, Md.: National Institute of Allergic And Infectious Diseases.

الفصـــل الثــلاثون

فحص اضطـرابات النـــوم

Disorders of Sleep: Investigation

س . ج . ى ليند ساى ، م. جاهنشاهى

S. J. E. Lindsay and M. Jahanshahi

الفصل الثلاثون

فحص اضطرابات النـــــوم

س . ج . ى ليند ساى . م. جاهنشاهى

S. J. E. Lindsay and M. Jahanshahi

مقدمة :

بعيدا عن كون النوم حالة غير متغيرة من الاستثارة المنخفضة، فإنه يتسم بأنشطة متنوعة ومستمرة فى حركة الجسم والأحلام والنظم الفسيولوجية والبيوكيميائية (Kleitman, 1963). وبالرغم من ذلك أستُخدم متغير واحد فقط هو النشاط الكهربائى للمخ، والذى يسجل بزسام المخ الكهربائى(١) أكثر من أى شئ آخر للتعرف على التغيرات أثناء النوم.

وبالتالى فقد وصف النوم باعتباره يتضمن أربع مراحل يتكرر اجتيازها على مدى الليل (Empson, 1989; Williams et al., 1974).

ويشار لحركة الجسم والنشاط العضلى بوصفهما مؤشران نمطيان للتغيرات فى الإمكانات الكهربائية فى عضلات الذقن والجبهة عند انخفاضها من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة.

وبالرغم من ذلك توجد زيادة فى النشاط العضلى خلال المرحلة الرابعة وغالبا ما يكثر حدوث المشئ أثناء النوم والرعب الليلى فيها (British Medical Journal; 1980, Carlson et al., 1982) ومع ذلك فهذه المرحلة هى أعمق مراحل النوم، وحيث يكون الاستيقاظ منها أقل يسرا (Webb and Cartwright, 1978) ويجد المفحوصون أنه من غير الممكن استدعاء أحداث المرحلة الرابعة. ومع تطور النوم ينفق المفحوص وقتا أقل فى المرحلة الرابعة.

وخلال نوم حركة العين السريعة (٢) والتى غالبا ما تحدث تالية للدخول المفاجئ فى المرحلة الثانية من النوم يكون احتمال حدوث الأحلام أكبر (Empson, 1989). وخلال نوم حركة العين السريعة يكون الجهاز العصبى للمفحوص (باستثناء العضلات التنفسية) فى حالة شلل رخوة (Empson, 1989) وتتغير خصائص النوم هذه مع العمر، فالمفحوصون من كبار السن ينفقون قدرا أقل من الوقت فى المرحلة الرابعة مقارنة بالمفحوصين من صغار السن. ويقضى الأطفال نسبة كبيرة من وقت نومهم فى مرحلة نوم حركة العين السريعة (Empson, 1989).

---

(1) Electroencephalography (EEG).

(2) Rapid eye movement (REM).

وتؤثر الكثير من العوامل البيئية أيضا فى دورة النوم وخصائصها (Webb and Cartwright, 1978) وقد يكون لذلك دلالة خاصة فى الفحص الأكلينيكى لمشكلات النوم (أنظر جدول ١:٣٠) وعادة ما تؤخر الدخول فى النوم أو تقطعه درجة الحرارة المرتفعة للغرفة (Schmidt - Kessen and Kendal, 1973) والضوضاء والإشارات ذات المعنى، مثل سماع اسم شخص مألوف (Webb and Cartwright, Op. Cit.) والأنشطة الشاقة أو غير المعتادة اللصيقة بموعد النوم (Horne and Porter, 1976) ويمكن أن يكون لأمـراض القلب المزمنة (Johns, 1970) وآلام الأسنـان (Sheiham and Croog, 1981) والاكتئاب (Williams and Karacan, 1973) تأثير مشابه. كما أن تعاطى بعض المشروبات يمكن أن يساعد على النوم. وبعض المشروبات الأخرى - وبالأخص تلك التى تحتوى على الكافيين (القهوة والشاى) يمكن أن تضعف النوم. وقد درست حتى جودة الأسرة ذاتها غير أن تأثيرات خشونة أو نعومة الفراش لم تكن متسقة النتائج (Kleitman, 1963).

وقد تؤثر المتغيرات البيئية أيضا فى بنية النوم. مثال ذلك أن بانيل وزملاءه .Bunnel et al (1983) وجدوا أن الرياضة المرهقة تزيد من كمية نوم المرحلة الرابعة، كما أن الحرمان من النوم يزيد من النوم فى المرحلة الرابعة ومرحلة نوم حركة العين السريعة مقارنة بخط الأساس لليلة الأولى بعد العودة للنوم المعتاد (Berger and Oswald, 1962) ويبدو أن التغيرات فى نشاط دورات النوم مثلما يحدث نتيجة للعمل فى نوبات مختلفة لا تغير من مراحل النوم جوهريا ولكنها تقلص من دورة النوم (Tepas, 1982).

وما زالت الأهمية الجوهرية للعديد من المتغيرات موضع جدل إذ رغم تأثيرها فى خصائص النوم مازالت هذه الخصائص نفسها غير واضحة الأهمية (Hartmann, 1973) مثال ذلك أن تعاطى الكحول يخفض من كمية نوم حركة العين السريعة (Williams and Salamy, 1972) غير أن العديد من الفحوص التى أجريت على نوم حركة العين السريعة والأحلام وفرت مؤشرات قليلة للغاية حول دلاله حركة العين السريعة والأحلام (Empson, 1989) والأسئلة الأساسية حول النوم نفسه مازالت بلا إجابات.

ما هى الوظائف التجديدية التى يخدمها؟ ما مقدار الوقت الضرورى من النوم (Empson, 1989; Hartmann, 1973; Webb and Cartwright, 1978) ويوجد العديد من أشكال الشذوذ فى النوم (American Psychiatric Association, 1987) ولا يبدو أن الأشكال الآتية تؤثر فى كمية النوم أو جودته : بلل الفراش أو تلطيخه، والرعب الليلى، السير أثناء النوم، الكلام أثناء النوم، اهتزاز الجسم والرأس، أما الأشياء الأكثر هتكا للنوم فهى السبات المفرط . والكوابيس الليلية والأرق (Bixler et al., 1979) وأحيانا الشخير. وعندما يعيق الشخير مرور الهواء لدى العميل (وهى حالة معروفة باعتبارها اختناق النوم) (١) فإنه يؤدى إلى إضعاف جودة النوم وكميته. ويكفى حدوث ثلاثين نوبة على الأقل تستمر كل منها ١٠ ثوانى لتعريف هذه الحالة (Jennett, 1984) وبالتالى تتطلب البحوث فى هذا المجال ملاحظة جيدة بواسطة طرف مستقل، والأشخاص ذوى الشخير الأكثر من المعتاد أثناء نومهم عرضة لمخاطر متزايدة لأمراض الأوعية الدموية (D'Allesandra and Magelli, 1990) بالرغم من عدم وضوح العلاقة السببية بين هذه المشكلات.

(1) Obstructive Sleep apnoea.

الأرق

يحتمل أن يكون الأرق هو أكثر اضطرابات النوم شيوعا (Bixler et al., 1979) وهو يؤثر فى حوالى ٣٥ فى المئة من الراشدين خلال أي وقت من الأوقات. ويحتمل أن يكون حوالى ٥٠ فى المئة قد عانوا من هذه المشكلة (.ibid) والمسنين والنساء هم الأكثر عرضة للتأثر بالأرق (.ibid) غير أن تقديرات حدوثه تتباين بشكل كبير. ومن الأمور المثيرة لشغف الأخصائيين النفسيين على وجه الخصوص هذه الأحتمالية المتزايدة للأرق لدى المرضى الاكتئابيين (Williams and Karacan, 1973) وقد ربُط بين الأرق وبين الصحة البدنية المعتلة، وسوء استخدام العقاقير والكحول، ونقص الكفاءة فى العمل وفى العلاقات الاجتماعية (Lacks and Morin, 1992)

ويمكن معاينة الأرق من خلال تكرار حدوثه فى الآتى : التأخر فى الدخول فى النوم (أرق بداية النوم) والذى يحتمل أن يكون أكثر أشكال الأرق شيوعا (Roth et al., 1976)، فترة غير كافية من النوم، تكرار الاستيقاظ (أرق مواصلة النوم)، استيقاظ نهائى مبكر (أرق نهاية النوم)، نقص الاستمتاع بالنوم، الشعور بالتعب بعد النوم، القابلية للدخول فى النوم أثناء النهار ومعاناة الضعف فى الأنشطة اليومية التالية للنوم غير المُرضى (Monroe, 1967; Coates el a;., 1982; Thoresen et al., 1981) وقد يذكر المصاب بالأرق واحداً أو أكثر من هذه الشكاوى.

ويبدو أن عدم رضاء المفحوص عن نومه هو المحك البارز لتحديد الأرق، وهو الأمر المؤكد فى كل الدراسات الواردة فى هذا الفصل والفصل التالى، ذلك أن هناك فترات يبدو للمفحوصين فيها أنهم لا يمكن أن يكونوا فى حال أسوأ مما هم عليه نتيجة لاعتيادهم النوم لمدة ثلاث ساعات فقط فى الليلة (Jones and Oswald 1968)

يضاف إلى ذلك أن أغلب دراسات الأرق المتاحة لهذه المراجعة اعتمدت على فحص الأفراد الذين تم التوصل إليهم من خلال شكل ما من أشكال الإعلانات، وبالتالى فقد يختلفون فى عدد الجوانب الجوهرية وإن كانت جوانب وسيطة، عن الناس الذين يعانون صعوبات فى النوم ولكنهم لم يتطوعوا للمشاركة فى البحث، يضاف إلى ذلك أن مثل هذه العينات لا تتضمن مفحوصين لديهم مصاعب فى الدخول فى النوم والاستمرار فيه وفق محك رسم المخ (١) ولكنهم مثل الحالتين اللتين ذكرهما جونز وازوالد Jones and Oswald (1968) لا يعانون فى المقابل من صعوبات أخرى ويحتمل بالتالى أن تقع حالات الأرق فى مجال انتباه الأخصائى النفسى الإكلينيكى لأن العملاء يعتقدون أن لديهم صعوبات فى النوم.

ويبالغ الكثيرون من الراشدين الذين يشكون من الأرق فى تقييم الوقت الذى يستغرقونه للدخول فى النوم، ويقدرون بأقل من الواقع الفترة الكلية لنومهم (Frankel et al., 1976; Carskadon et al., 1976; Franklin, 1981) مقارنة مع نتائج رسام المخ، ومحكات أخرى وتقارير ملاحظة. ويذكر بوركوفيك وزملاؤه Borkovec et al. (1981) أن الكثيرين من المفحوصين الأرقين ممن يستيقظون فى المرحلة الثانية يذكرون أنهم لم يكونوا نائمين.

---

(1) EEG.

وقد راجع ترايندر Trinder (1988) الدلائل التى ذكر (Borkovec, 1979) أنه من الملائم تمييز فئتين من الأرقين. ذوى الأرق الزائف[1] (التجريبي) الذين يشكون من صعوبات النوم دون أن تكون لديهم دلائل موضوعية، أو تكون لديهم دلائل قليلة للغاية. والأرقين بالفعل[2] (الأرق الموضوعى) ممن يظهر من خلال رسام المخ والمحكات الأخرى وجود صعوبات لديهم فى الدخول فى النوم والاستمرار فيه.

ويعرف بوركوفيك وزملاؤه Borkovec et al. (1979) الأرقين الزائفين باعتبارهم أولئك المفحوصين الذين يذكرون بصورة متسقة وقتا للدخول إلى النوم أطول بمقدار مرة ونصف على الأقل من وقت دخولهم للمرحلة الأولى من النوم حسب رسام المخ، أما الأرقين الفعليين فهم أولئك الذين تكون معدلاتهم فى المقابل أقل من مرة ونصف.

نظـــريات الأرق

هناك العديد من النظريات التى حاولت تفسير كيف يحدث الأرق (Borkovec, 1979; Espie, 1991) وقد ركز بعضها على فروض تتعلق بخصائص رسام رسم المخ الكهربائي للنوم لدى الأرقين (Gillard, 1976) غير أن تلك التى أثرت فى تطور العلاج السلوكى هى فقط التى ستوصف هنا باختصار، وسيتم ذلك أساساً من خلال وصف الفروق بين الأرقين وغير الأرقين.

وقد فكر عدد من المؤلفين فى التمييز بين الأرق الأولى[3] والأرق الثانوى[4] الذى ينشأ عن الاضطرابات السيكايترية مثل الاكتئاب والذهان (Williams and Karacan, 1979) وقد وجد بكسلر وزملاؤه Bixler et al., (1979) أن ٣٥ فى المئة من الراشدين الذين يشكون من صعوبات الدخول فى النوم سبق أن طلبوا المساعدة من مشكلات انفعالية خلال السنوات السابقة. وقد يكون الأرق حالة ثانوية لأمراض بدنية أخرى. وقد وجد باكسلر وزملاؤه (op, cit.) أن ٦٠ فى المئة من الأرقين لديهم مشكلات صحية عامة مرتدة، وأن ٢٢ فى المئة سبق لهم دخول المستشفى لسبب مماثل فى السنوات السابقة.

ولسوء الحظ، أنه من الصعب فى الكثير من الحالات التمييز بين السبب والنتيجة فى المتغيرات المرتبطة بالأرق والتى تميز بين الأرقين وغيرهم ، مثال ذلك أن عدداً من الدراسات تبين أن الأرقين كثيرا ما يتأثرون بأفكار مزعجة فى فترة التأخر فى النوم (Lichstein and Rosenthal, 1980; Van Egern et al., 1983). وقد يكون ذلك ناتجا عن الرقاد دون نوم والانزعاج من عدم القدرة على النوم، وقد يكون هو السبب فى صعوبة الدخول فى النوم كما يعتقد بعض المفحوصين.

وطلب فريدمان وساتلر Freedman and Sttler (1982) من المفحوصين الأرقين وغير الأرقين أن يصفوا أفكارهم فى خمس مناسبات خلال الخمسة عشر دقيقة السابقة للنوم، وكان عليهم أن يذكروا ما إذا كانت أفكارهم واقعية أم لا، تحت التحكم أم خارج التحكم، تكرارية أم لا، سارة أم غير سارة، وكيف تستثير القلق ، كما أكمل المفحوصون مقياساً للتقديرات ذى خمسة نقاط حول الوعى[5]. ويبدو من

---

(1) Pseudo.

(2) idiopathic.

(3) Primary.

(4) Secondary.

(5) Consciousness.

الصعب على الشخص تقديم مثل هذه المعلومات عندما يكون فى طريقه إلى النوم، ولا يوجد برهان على صدق وثبات أي من هذه المقاييس. يضاف إلى ذلك أن التأثيرات الاستجابية لمثل هذا الاجراء والتى لابد أن يكون من بينها تأخير الدخول فى النوم غير واضحة. وعلى أى الأحوال فلم تكن هناك فروق فى هذه المتغيرات المعرفية بين المجموعات.

وقد وجد فان أجرين وزملاؤه (Van Egeren et al. (1983 أن معتقدات المفحوصين حول أسباب صعوبة دخولهم فى النوم (سجلت إعزاءاتهم فى مقابلة شخصية قبل بدء الدراسة) تنبئ بتقديراتهم لتأخرهم المعتاد فى النوم. وكان مضمون أفكار المفحوصين التى ذكروها (وهى أفكار مشجعة للنوم مثل التفكير فى الشعور بالنعاس، وأفكار محايدة، أو أفكار مضادة للنوم) منبئة بالوقت الذى ذكره المفحوصون للنوم فى المختبر. ولم ترتبط أية متغيرات متعلقة بمضمون الأفكار أو الإعزاءات المتعلقة جوهريا بالمقاييس الموضوعية لوقت الدخول فى النوم.

وهناك العديد من الدراسات حول شخصيات الأرقين توحى أن الكثيرين منهم يمكن وصفهم على أنهم مرتفعى العصابية، أو لديهم قلق مزمن مقارنة بالمجموعات المعيارية ;Coursey et al., 1975) .Haynes et al., 1974, Frankel et al., 1973)

غير أن دراسات أخرى لم تتوصل لمثل هذه النتائج (Gering and Mahrer, 1972) وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأرقين يظهرون نشاطا فسيولوجيا أكبر على بعض المتغيرات مقارنة بالمجموعات الضابطة تصل حتى نقطة الدخول فى النوم ,Monroe, 1967; Freedman and Sattler) (1982 على جهاز تسجيل الجهد الكهربائى للعضلة [1] على وجه الخصوص، وبالرغم من ذلك لم يجد جود (1975) Good أي ارتباطات دالة بين مقاييس الجهد الكهربائى للعضلات ووقت بدء النوم. وبالرغم من ذلك فالتباين فى هذا الأخير قد لا يكون كافيا فى هذه الدراسة للحصول على ارتباطات دالة على أى حال وكانت العلاقة بين السبب والنتيجة فى كل هذه الدراسات غير واضحة بين الأرق وبقية المتغيرات.

وإحدى المساهمات المعتادة والمثيرة للسخرية فى حدوث الأرق تنتج عن العلاج التنويمى [2] الذى يوصف لتحسين الدخول فى النوم والتقليل من تكرار الاستيقاظ. ويؤدى إيقاف المنومات، وحتى المهدئات مثل الموجادون[3] والتمازيم[4] والتى يكثر وصفها الآن لصعوبة دخول الأفراد فى النوم أكثر مما كانوا عليه قبل وصف هذه العلاجات لهم (قارن : Kales et al., 1978) يضاف إلى ذلك أن التأثير التنويمى[5] لمثل هذه العقاقير يفُقد خلال أسبوعين من استخدامها المستمر حتى أنها يمكن أن ترتبط بمشكلات أكبر للدخول فى النوم (ibid) وقد يكون ذلك ناتجا عن مطالبات العملاء بزيادة الجرعات، وهو ما يؤدى إلى زيادة تحملهم وهكذا.

---

(1) Electromyogram (EMG).
(2) Hypnotic medicaction.
(3) Mogadon.
(4) Temazepam.
(5) Hypnotic effect.

العوامل المؤثرة على الأرق : خلاصة وتوصيات

يلخص الجدول رقم ١ –٣٠ العوامل العديدة التى يمكن أن تؤخر بدء النوم وتخفض من مقداره وجودته، ولأن المناقشة السابقة لم تتمكن من التوصل إلى أيه تعميمات تتسم بالثبات حول المتغيرات التى تسهم فى الأرق. فإن التجريب على حالة فردية (أنظر Morley الفصل السابع والثلاثين) سيكون ضروريا لتقييم إسهام المتغيرات المعنية بالنسبة لكل عميل. وقد طور استخبار (Espie et al., 1989) للتمييز بين الأنماط المختلفة من الأرق التى تتحدد وفق متغيرات العميل المعين والتى تتضمن : خبرة التوتر البدنى الشديدة، الأنشغال المستمر قبل النوم، أنشطة قبل النوم غير المتوافقة معه. ولم يحسب ثبات إعادة اختبار لهذا المقياس (Espie, 1991) وبالتالى فإن اتساق وصف الأرقين لصعوباتهم من خلاله مازال فى حاجة للتحقق منه.

المقاييس الذاتية للأرق

تعتمد أغلب المقاييس السلوكية على التقرير الذاتى لمتغيرات الأرق التى ظهر لها ثبات إعادة أختبار مقبول مكافئ لمتغيرات الرسم الكهربائى للمخ (Coates et al., 1982) وعند تعبير العميل عن الأرق، وهو ما يحدث دائما، يصبح من المهم أن يحتفظ بيومية نوم يسجل فيها أحداث اليوم فى جدول كالمبين فى ٢ _ ٣٠ وقد يكون من الضرورى وضع فترة تكون بمثابة خط الأساس وتمتد لأسبوعين على الأقل.

ويستطيع شريك العميل فى غرفة نومه أن يحتفظ هو الآخر بيومية مشابهة لتسجيل أول متغيرين (فى الجدول السابق الإشارة إليه). وبعد جمع بيانات خط الأساس ، سيكون من المرغوب فيه أن يطلب من العميل التوقف عن تناول الأدوية المنومه وأن يحاول خفض فترات قيلولته .

ويتعين أيضا تسجيل متغيرات مستقلة (جدول ١ –٣٠) على صحيفة بيانات مقسمة إلى فترات تمتد كل منها نصف ساعة. ومن بين مقاييس التقرير الذاتى الأخرى المتاحة والمفيدة استخبار ليدز لتقييم النوم (١) (Parrott and Hindmarch 1980) ومقياس ستانفورد للنوم(٢) (Hoddes et al., 1973)

جدول رقم ١ – ٣٠ المتغيرات التى يمكن أن تؤثر في الأرق

زيادة تعاطى الكافيين (مثل القهوة والشاى).

استخدام المنومات ، التحمل الناتج عن استمرار الاستخدام (أسبوعين وأكثر).

التوقف عن أنشطة وقت النوم غير الملائمة (القراءة، فى السرير، الانشغال بالإعداد لليوم التالى).

الأكلات الثقيلة قبل دخول الفراش بوقت قصير.

الانشغال (مثال ذلك الانشغال بعدم القدرة على النوم، حول تأثير فقدان النوم على الأعمال اليومية، حول الأحداث أثناء النوم مثال ذلك التقلصات العضلية.)

القلق المزمن خلال النهار.

---

(1) The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire.

(2) The Stanford Sleeping Scale.

التنبهات الحسية غير المتوقعة (الضوضاء، الإضاءة ، الخ..)

المؤشرات ذات الدلالة (مثال ذلك : صياح طفل، أصوات استيقاظ الآخرين صباحا فى البيت).

اضطراب النشاط ودورة الراحة (مثال ذلك تغير نوبات العمل من النهار إلى الليل).

العمل فى نوبات مسائية والنوم طول النهار.

التنبيهات الحسية الشديدة (مثال ذلك الحرارة والرطوبة المرتفعة).

زيادة النوم خلال النهار.

مشكلات صحية جسمية مزمنة (مثال ذلك وجود الآم أسنان مزمنة أو صداع).

الحاجة المتكررة للتبول (كأن تكون آثار جانبية لعقاقير معينة أو نتيجة المشكلات صحية مثل تضخم البروستاتا).

الآثار الجانبية لأدوية الأمراض المزمنة.

مشكلات سيكايترية، الاكتئاب على وجه الخصوص.

مشكلات التنفس (الاختناق الليلى على سبيل المثال) الضغوط النهارية.

الذعر الليلى(١)

المقاييس الموضوعية للأرق

لسوء الحظ، فإن أجهزة رسام المخ الكهربائى غير متاحة للأخصائين الأكلينيكين لتسجيل البيانات المناظرة للمتغيرات المشار إليها فى الجزء السابق، وغالبا ما يكون التسجيل الدقيق لرسام المخ الكهربائى (Williams et al., 1974; Rosekind et al., 1978) مكلفا للغاية لمثل هذه الأغراض فى الوقت الحالى. ولهذا ينصح باستخدام أجهزة أخرى للتسجيل الموضوعى للأرق. وبالنسبة لكل هذه الأجهزة يتعين على الأخصائي الأكلينيكى أن يراعى الآثار الجانبية الممكنة، وبالأخص تأخيرها للنوم عند بدء استخدامها (مثال ذلك : Schimidt and Kaelbing, 1971; Coatest et al., 1979) – وبالرغم من ذلك فإن تسجيلات رسام المخ الكهربائى ستظل مرغوبة للأغراض البحثية، وللكشف عن اضطرابات معينة مثل حالات اختناق النوم وهو شكل من أشكال إعاقة التنفس أثناء النوم والتقلصات الليلية (وهى تقلصات عضلية غير أرادية).

وقد وصف فرانكلين Franklin (1981) أداة ذات مفتاح يتعين على العميل أن يظل ضاغطا عليه لكى يحافظ على استمرار حركة ساعة. وعندما ينام العميل يزول الضغط أتوماتيكيا عن المفتاح فتتوقف الساعة، لكى تسجل لحظه الدخول فى النوم وكانت التسجيلات المستخلصة من هذه الأداة مناظرة لتقديرات الملاحظين لوقت دخول المفحوص فى النوم (.ibid) وهناك صورة محسنة من هذا الجهاز تسمح

(1) Nocturnal Panic.

بازالة عفوية للضغط على المفتاح قبل لحظة الدخول فى النوم (Viens et al., 1988) وقد وصف كيلى وليشتين (1980) Kelley and Lichstein أداة لتقييم النوم[١] تصدر عنها إشارة صوتية متكررة كل عشر دقائق من خلال شريط تسجيل ويطلب من المفحوص أن يجيب عليها، ويتم تسجيل إجابته ، وهى تراقب وقت الدخول فى النوم، وعدد مرات الاستيقاظ، وطول كل فترة حدث فيها استيقاظ وقد ذكر المفحوصون أن هذه الأداة لا تزعج نومهم (Lichstein et al., 1982)

وكان عدد مرات الاستيقاظ الفورية التالية لصدور النغمة مناظراً للعدد السابق عليها. وبالرغم من ذلك، فإن أكثر الإجراءات شيوعا فى الممارسة الإكلينيكية هى تقديرات الملاحظين لوقت دخول المفحوص فى النوم. وقد ينادى الملاحظون المفحوص باسمه خلال فترات متتابعة إلى أن لا يستجيب، ولسوء الحظ لا يتسم هذا الإجراء بالثبات بالنسبة للعملاء الذين يستغرقون وقتا طويلا للدخول فى النوم، إذ يقع الملاحظ نفسه فى النوم قبل العميل (Coates et al., 1982) ويبدو أنه لا توجد مؤشرات تتسم بالثبات أو بيانات معيارية توحى بمتى تكون الشكوى من الأرق حادة بقدر كافى يسمح بتبرير التدخل السلوكى. وبالتأكيد ونتيجة للعديد من المتغيرات التى تؤثر فى النوم وبسبب عدم التأكد من وظيفة النوم وخصائصه المتعددة يكون من الصعب الحصول على البيانات المعيارية.(Webb and Cartwright, 1978) وعندما يكون العميل منشغلا بتأخير بداية نومه لمدة أربعين دقيقة أو أكثر أو بنومه فترة تقل عن ست ساعات ونصف فى الليلة لأكثر من ليلتين فى الأسبوع فى حالة الراشدين حتى عمر ٤٠ عاما فغالبا ما يكون العلاج مرغوبا.

جدول رقم ٢ – ٣٠ المتغيرات التي يتعين تسجيلها في يوميات النوم

عند الإستيقاظ من النوم بعد كل ليلة ، بمعاونة منبه موضوع إلى جانب السرير يتعين على العميل أن يسجل الآتى :

١ – وقت إطفاء النور فى الغرفة .

٢ – الوقت الذى يعتقد أنه إستغرق عنده فى النوم .

٣ – تقدير الفترة الإجمالية للنوم .

٤ – تقدير العدد الإجمالى لمرات الإستيقاظ أثناء النوم .

٥ – الوقت الذى إستيقظ فيه تماما .

٦ – مدى رضاؤه عن نومه الليلى (بإستخدام مقياس تقديرات يتكون من ١١ نقطة . تبدأ من «غير راضاً على الإطلاق » ، وحتى « أقصى رضاء ممكن .»). والبديل لذلك أن يقوم العميل بتقدير شعوره بمقدار راحته عند إستيقاظه .

٧ – عدد مرات حدوث فترات نوم قصيرة (تعسيلة) خلال النهار وطولها .

(1) Sleep Assessment Device (SAD).

بعض أشكال الشذوذ الأخرى فى النوم

ويخرج التحليل التفصيلى للإجراءات التجريبية للاضطرابات الأقل شيوعا مثل الضَرْس الليلى للأسنان (١) (أنظر : Glaros and Rao, 1977) وحركة الجسم والدماغ الشاذة (Lindsay et al., 1982) والمشى أثناء النوم (British Medical Jornal, 1980) والرعب الليلى (Carlson et al., 1982) تخرج عن اطار هذا الفصل، ويرجع ذلك أساسا لوجود عدد محدود من أساليب التدخل العلاجى النفسى التى اختبرت. وبالرغم من ذلك تناولت بعض المراجعات (op. cit.) القضايا البيولوجية السببية والسلوكية والبيئية التى تؤثر فى هذه الأضطرابات وإجراءات الملاحظة.

وتؤدى كل هذه المشكلات إلى إزعاج شريك العمل، والأسرة التى تكون نتيجة لذلك هى مصدر المعلومات الأولية عن المشكلة. ويمكن فحص تأثير المتغيرات المستقلة (جدول ١-٣٠) على هذه المشكلات من خلال أسلوب التجريب على الفرد الواحد(٢). والشكوى العامة بين الشباب هى الزيادة فى كمية النوم (Bixler et al., 1979) ويتعين على الباحثين أن يتأكدوا أن الإفراط فى النوم خلال النهار ليس نتيجة للأرق الليلى. وبالرغم من ذلك يجد المفحوصون أنه من غير الممكن أن يظلوا مستيقظين فى حالتين حتى بعد ليلة من الخدر النومى (٣) (Empson, 1989) وفى بعض حالات الوهن الناتج عن الإصابة بفيروس (٤) (Guilleminault and Mondin, 1986). ومرة أخرى، غالبا ما لايوجد علاج نفسى مرضّى لمشكلتهم. ويتعين أن يكون للأخصائيين النفسيين دور فى مساعدة العملاء على التوافق مع هذه المشكلات المؤلمة.

ويمكن أن يؤدى الاختناق الليلى، والذى يوجد له نوع من التدخل النفسى إلى الأرق (Empson, 1989)

وأخيرا، يلفت فينويك (1986) Fenwick الانتباه للحاجة إلى التمييز بين الأنشطة التى تحدث أثناء الأحلام (نوم حركة العين السريعة) وخلال الرعب الليلى (النوم العميق). وقد علق على حالة قتل فيها رجل زوجته ودافع عن نفسه بأنه ارتكب جريمته أثناء حلم وصفه بالتفصيل. وهو تفسير يشذ عن الشلل العضلى (Empson, 1989) خلال مرحلة نوم حركة العين السريعة، وعن عدم القدرة على استدعاء مضمون الحلم خلال مرحلة الرعب الليلى عندما تكون الحركة البدنية المعقدة ممكنة.

(1) Nocturnal Bruxism.
(2) Single - Case Experimentation.
(3) Marcolepsy.
(4) Post Viral debility.

References

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Rev.*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Berger, R. J. and Oswald, I. (1962) 'Effects of sleep deprivation on behaviour, subsequent sleep and dreaming', *Journal of Mental Science* 108: 457–65.

Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D. and Healey, S. (1979) 'Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles Metropolitan area', *American Journal of Psychiatry* 136: 1257–62.

Borkovec, T. D. (1979) 'Pseudo (experiential) insomnia and idiopathic (objective) insomnia: theoretical and therapeutic issues', *Advances in Behaviour Research and Therapy* 136: 1257–62.

Borkovec, T. D., Grayson, J. B., O'Brien, G. T. and Weerts, T. C. (1979) 'Relaxation treatment of pseudo insomnia and idiopathic insomnia: an electroencephalographic evaluation', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 12: 37–54.

Borkovec, T. D., Lane, T. W. and van Oot, P. H. (1981) 'Phenomenology of sleep among insomniacs and good sleepers: wakefulness experience when cortically asleep', *Journal of Abnormal Psychology* 90: 607–9.

British Medical Journal (1980) 'Unquiet sleep', *British Medical Journal* 281: 1660–1.

Bunnell, D. E., Bevier, W. and Horvath, S. M. (1983) 'Effects of exhaustive exercise on the sleep of men and women', *Psychophysiology* 20: 50–8.

Carlson, C. R., White, D. K. and Turkat, I. D. (1982) 'Night terrors: a clinical and empirical review', *Clinical Psychology Review* 2: 455–68.

Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mittler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P. and Spiegel, R. (1976) 'Self-reports v. sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia', *American Journal of Psychiatry* 133: 1382–7.

Coates, T. J., Rosekind, M. R., Strossen, R. J., Thoreson, C. E. and Kirmil-Gray, K. (1979) 'Sleep recordings in the laboratory and home: a comparative analysis', *Psychophysiology* 16: 339–46.

Coates, T. J., Killen, J. D., George, J., Marchini, E., Silverman, S., Thoreson, C. (1982) 'Estimating sleep parameters: a multi trait–multimethod analysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 345–52.

Coursey, R. D., Bucksbaum, M. and Frankel, B. L. (1975) 'Personality measures and evoked responses in chronic insomniacs', *Journal of Abnormal Psychology* 84: 239–49.

D'Allesandra, R. and Magelli, C. (1990) 'Snoring every night as risk of myocardial infarction: a case-control study', *British Medical Journal* 300: 1557–8.

Empson, J. (1989) *Sleep and Dreaming*, London: Faber and Faber.

Espie, C. A. (1991) *The Psychological Treatment of Insomnia*, Chichester: Wiley.

Espie, C. A., Brooks, D. N. and Lindsay, W. R. (1989) 'An evaluation of tailored psychological treatment for insomnia', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20: 143–53.

Fenwick, P. (1986) 'Murdering while asleep', *British Medical Journal* 293: 574–5.

Frankel, B. L., Buchbinder, R., Coursey, R. D. and Snyder, F. (1973) 'Sleep patterns and psychological test characteristics of chronic primary insomniacs', *Sleep Research* 2: 149.

Frankel, B. L., Coursey, R. D., Buchbinder, R. and Snyder, F. (1976) 'Recorded and reported sleep in chronic primary insomnia', *Archives of General psychiatry* 33: 615–20.

Franklin, J. (1981) 'The measurement of sleep onset latency in insomnia', *Behaviour Research and Therapy* 19: 541–8.

Freedman, R. R. and Sattler, H. L. (1982) 'Physiological and psychological factors in sleep-onset insomnia', *Journal of Abnormal psychology* 91: 380–9.

Gering, R. C. and Mahrer, A. R. (1972) 'Difficulty in falling asleep', *Psychological Reports* 30: 523–8.

Gillard, J. M. (1976) 'Is insomnia a disease of slow wave sleep?', *European Neurology* 14: 473–84.

Glaros, A. G. and Rao, S. M. (1977) 'Bruxism: a critical review', *Psychological Bulletin* 84: 767–81.

Good, R. (1975) 'Frontalis muscle tension and sleep latency', *Psychophysiology* 12: 465–67.

Guilleminault, C. and Mondin, S. (1986) 'Mononucleosis and chronic day-time sleepiness', *Archives of Internal Medicine* 146: 1333–5.

Hartmann, E. L. (1973) *The Functions of Sleep*, New Haven, Conn.: Yale University Press.

Haynes, S. N., Follingstad, D. and McGowan, W. (1974) 'Insomnia: sleep patterns and anxiety level', *Journal of Psychosomatic Research* 10: 431–6.

Hoddes, E., Zarcone, V., Smythe, V., Phillips, R. and Dement, W. C. (1973) 'Quantification of sleepiness: A new approach', *Psychophysiology* 10: 431–6.

Horne, J. A. and Porter, J. M. (1976) 'Time of day effects with standardised exercise upon subsequent sleep', *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 40: 178–84.

Jennett, S. (1984) 'Snoring and its treatment', *British Medical Journal* 289: 335–6.

Johns, M. W. (1970) 'Sleep habits and symptoms in male medical and surgical patients', *British Medical Journal* 2: 509–12.

Johnson, L. I. (1982) 'Sleep deprivation and performance', in W. Webb (ed.) *Biological Rhythms, Sleep and Performance*, New York: John Wiley.

Jones, H. S. and Oswald, I. (1968) 'Two cases of healthy insomnia', *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 24: 378.

Kales, A., Scharf, M. and Kales, J. (1978) 'Rebound insomnia: a new clinical syndrome', *Science* 201: 1039–41.

Kelley, J. E. and Lichstein, K. L. (1980) 'A sleep assessment device', *Behavioural Assessment* 2: 135–46.

Kleitman, N. (1963) *Sleep and Wakefulness*, Chicago: University of Chicago Press.

Lacks, P. and Morin, C. M. (1992) 'Recent advances in the assessment and treatment of insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 586–94.

Lichstein, K. L. and Rosenthal, T. L. (1980) 'Insomniacs' perceptions of cognitive vs. somatic determinants of sleep disturbance', *Journal of Abnormal Psychology* 89: 105–7.

Lichstein, K. L., Nickel, R., Hoelscher, T. J. and Kelley, J. E. (1982) 'Clinical validation of a sleep assessment device', *Behaviour Research and Therapy* 20: 292–8.

Lindsay, S. J. E., Salkovskis, P. M. and Stoll, K. (1982) 'Rhythmical body movement in sleep: a brief review and treatment study', *Behaviour Research and Therapy* 20: 523–6.

Marks, I. M. (1981) *The Care and Cure of Neurosis*, New York: John Wiley.

Monroe, L. J. (1967) 'Psychological and physiological differences between good and poor sleepers', *Journal of Abnormal Psychology* 72: 255–64.

Parrott, A. C. and Hindmarch, I. (1980) 'The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire in psychopharmacological investigations: a review', *Psychopharmacology* 71: 173–9.

Rosekind, M. R. *et al.* (1978) 'Telephone transmission of polysomnographic data from subjects' homes', *Journal of Nervous and Mental Disease* 166: 448–51.

Roth, T., Kramer, M. and Lutz, T. (1976) 'The nature of insomnia. A descriptive summary of a sleep clinic population'. *Comprehensive Psychiatry* 17: 217–20.

Schmidt, H. S. and Kaelbling, R. (1971) 'The differential laboratory adaptation of sleep parameters', *Biological Psychiatry* 3: 33.

Schmidt-Kessen, W. and Kendel, W. (1973) 'Influence of room temperature on night sleep in man', *Research in Experimental Medicine* 160: 220–33.

Sheiham, A. and Croog, S. H. (1981) 'The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities', *Journal of Behavioural Medicine* 4: 257–72.

Southwell, P. R., Evans, C. R. and Hunt, J. N. (1972) 'Effect of a hot milk drink on movement during sleep', *British Medical Journal* 2: 429–31.

Tepas, D. I. (1982) 'Work/Sleep time schedules and performance', in W. B. Webb (ed.) *Biological Rhythms, Sleep and Performance*, New York: John Wiley.

Thoresen, C. E., Coates, T. J., Kirnil-Grey, H and Rosekind, M. R. (1981) 'Behavioural self-management in treating sleep maintenance insomnia', *Journal of Behavioural Medicine* 4: 41.

Trinder, J. (1988) 'Subjective insomnia without object findings: a pseudo-diagnostic classification?' *Psychological Bulletin* 103: 87–94.

Van Egeren, L., Hagner, S. N, Franzen, M. and Hamilton, J. (1983) 'Presleep cognitions and attributions in sleep onset insomnia', *Journal of Medicine* 6: 217–32.

Viens, M., De Koninck, J., Van den Bergen, R., Audet, R. and Christ, G. (1988) 'A refined switch-activated time monitor for the measurement of sleep-onset latency', *Behaviour Research and Therapy* 26: 271–4.

Webb, W. B. and Cartwright, R. D. (1978) 'Sleep and dreams', *Annual Review of Psychology* 29: 223–52.

Williams, R. L. (1980) 'Sleeping-pill insomnia', *Journal of Clinical Psychiatry* 41: 153–4.

Williams, R. L. and Karacan, I. (1973) 'Clinical disorders of sleep', in G. Usden (ed.) *Sleep Research and Clinical Practice*, New York: Brunner/Mazel.

Williams, R. L. and Karacan, I. (eds) (1979) *Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment*, New York: John Wiley.

Williams, R. L., Karacan, I. and Hursch, C. J. (1974) *EEG of Human Sleep: Clinical Applications*, New York: John Wiley.

Williams, R. L. and Salamy, A. (1972) 'Alcohol and sleep', in B. Kissin and H. Begleiter (eds) *The Biology of Alcoholism 2*, New York: Plenum Press.

الفصـــل الحادى والثلاثون

عــلاج اضطــرابات النـــوم

Disorders of Sleep : Treatment

S. J. Lindsay س . ج ليند ساى

الفصل الحادى والثلاثون

علاج اضطرابات النوم

س . ج . ى ليند ساى S. J. Lindsay

مقدمة :

نظرا لأن الأرق أحد أكثر اضطرابات النوم انتشارا (Bixler et al., 1979) وازعاجا . فإن هذا الفصل سيركز على التدخلات فى هذه المشكلة . وهو أمر ملائم أيضًا لأن علاج الأرق كان موضوعا للبحوث ربما بقدر أشمل من علاج أى اضطراب آخر من اضطرابات النوم .

الأرق

العلاج الدوائى

لاشك أن العلاج المطلق للأرق هو الأدوية المنومه والمهدئات على وجه الخصوص مثل الترايزولام (١) والفلونيترازبام (٢) والتيمازبم (٣) والفلورازبام (٤) ويوصف الاخير من هذه المجموعة لأن تأثيره يدوم على مدى شهر كامل من استخدامه المستمر (Kales et al ., 1975) وهو متميز أيضًا من حيث إنه لايؤدى إلى عودة الارق عند إيقافه والذى يعد صعوبة أكبر فى النوم مما كان عليه الحال قبل بدايه العلاج (Lader and Lawson, 1987; Kales et al ., 1983) ومع ذلك فإن الفلورازبام مثله مثل أى منوم آخر يؤدى إلى إزعاج نوم حركة العين السريعة والأحلام والوقت المستغرق فى النوم العميق .(Kales et al., 1975)

ويُفقد التأثير المنوم للمهدئات خلال أسابيع من بدايه استخدامها نتيجة لحدوث تحمل ، وهناك خطورة كبيرة من تعاطى جرعات زائدة وبالأخص بالنسبة للمرضى القلقين والمكتئبين ، ممن يكونون أكثر من يحتمل تحويلهم بشكوى من الأرق للأخصائيين النفسيين . ويمكن أن يصبح مثل هؤلاء العملاء معتمدين على العقاقير المنومة .

وتطرد بعد المهدئات مثل الفلورازبام فقط من الجسم ببطء مما يجعل المفحوصين فى حاله نعاس مع شعور بضعف الأداء فى مهام مثل قيادة السياره خلال النهار (Cormack et al., 1989 ; Kales and Kales, 1987) ولايسمح التأثير القصير للمهدئات للمفحوصين ، من ناحية أخرى ، بالاستمرار فى النوم على امتداد الليل . وتأثيرات سحب العقار متعددة ومثيرة للكدر ، ومنها القلق خلال النهار ، وصعوبة

---

(1) Triazolam .
(2) Flunitrazepam .
(3) Temazepam .
(4) Flurazepam .

النوم ، والكوابيس ، والاكتئاب ، والارتجاف والغثيان ، والاضطراب الإدراكى مثل الإفراط فى الحساسية للمنبهات ، وآلام العضلات ، والتنميل ، والعرق الغزير والصداع (Cormack et al., op. cit.) ولكل هذه الأسباب تصبح بدائل العلاجات الدوائية الآمنه مرغوبه بشكل أكبر .

الحاجة لإبعاد المرضى عن العقاقير المنومة

يمكن لأعراض الانسحاب أن تقاوم لعدة أسابيع بعد التوقف عن استخدام الأدوية المنومة ، وتقنع هذه الاعراض المرضى انهم فى حاجة للدواء حتى يستطيعون النوم . والأسوأ من ذلك أنه إذا عانى المرضى أعراض الانسحاب خلال العلاج النفسى ، فقد يقومون بعزو كدرهم إلى العلاج النفسى ذاته ، أو يعتقدون على أفضل الاحتمالات أن العلاج النفسى غير فعال . وبالتالى يتعين إتمام الانسحاب كاملا قبل بدء العلاج النفسى .

وغالبا مايفضل أغلب المرضى سحب الأدوية بطريقة تدريجية (Cormack et al., 1989) ، وقد يكون من المفيد توفير الدعم للمرضى من خلال مجموعات لسحب الأدوية المنومة (.ibid) . وينصح (Espie , 1991) بتقديم المعلومات حول تأثير الأدوية المنومة على النوم (انظر القسم السابق) وتأثير سحبها تحت العناوين الآتية : « ماالذى تحدثه حبوب النوم لنومك ؟ » ، « ماالذى يحدث عندما تتوقف عن أخذها ؟ » « وهل تستطيع النوم بدونها ؟ » (ويتضمن ذلك معلومات حول العلاج النفسى للأرق : أساسيات أخرى) .

وقد يكشف البحث (انظر الفصل السابق) أن تأثيرات بيئية معينة يمكن أن تضعف من نوم العميل . مثال ذلك أن عميلة ذكرت أن فراشها كان إلى جوار الحائط بحيث كان متاخما للسلم الرئيسى فى مجمع الشقق الذى تسكن فيه ، ولم يكن نومها يضطرب فقط نتيجة لضوضاء العائدين متأخرين إلى منازلهم ، بل كان يقاطع مبكرا أيضاً فى الصباح من الناس الذين يذهبون إلى عملهم . وكان انتقالها إلى حجرة هادئة حلا مناسبا ، وما إن تزال كل معوقات النوم حتى يتعين اتباع الممارسات الآتية التى ينصح بها دون اعتبار لنوع العلاج النفسى المقترح .

١ - أى روتين موضوع يستغرق وقتا ما يجب تحديد وقته قبل النوم بساعة أو اثنين .

٢ - يتعين تجنب أن يتضمن هذا الروتين ، كلما كان ذلك ممكنا ، الأنشطة المثيرة وبالتالى فإن الإعداد لليوم التالى ، مثل إعداد الشطائر يتعين القيام به قبل مرحلة التهدئة هذه .

٣ - يتعين تجنب النوم للحظات قصيرة خارج فترات النوم الأساسية .

التدريب على الاسترخاء كعلاج لأرق الدخول فى النوم

بافتراض أن بدايه النوم تتسم بنقص النشاط البدنى والمعرفى ، فيجب أن لايثير الدهشة أن تكون الإجراءات التى تؤدى للتأثير نفسه لدى الأشخاص اليقظين ملائمة لعلاج الأرق .

والأمر المؤكد أن التدريب على الاسترخاء العضلى التدريجى (Espie et al., 1989 a) والتسكين

(Wood folke et al., 1976) . والتدريب على توليد التنبيه الذاتى [١] (Nicassio and Bootzin , 1974) أظهرت جميعها بعض الاثار الايجابية وترى بعض الدراسات التى روجعت فى الطبعة السابقة لهذا الفصل (Lindsay , 1987) أن التدريب على الاسترخاء كان له أفضل تاثير على خبرة التوتر ومتعلقاتها الفسيولوجيه إذا تم ملاحظة الآتى :

١ - أن يطبق على امتداد أكثر من جلسة ، ويتباين العدد الذى يوصى به بشكل كبير ، ويتراوح بين أربعة إلى عشرة (Bernstein and Borkovec, 1973) أو أكثر من ذلك بكثير .

٢ - أن يتم الإشراف عليه على الأقل بواسطة أخصائى أكلينيكى (وتوفر شرائط التسجيل التعليمات) والأفضل أن يطبق كلية بواسطة المعالج (Lehrer,1982) .

٣- أن يتضمن التدريب تدريبات التوتر . (انظر مايلى) .

٤ - أن يكون هناك مستوى أعلى من الحد الادنى (ولكن بقدر متوسط) من التوتر المنتشر أو الأنشطة البدنية .

٥ - أن يمارس الاسترخاء فى البيت (Hillenberg and Collins, 1983) بمساعدة شريط تسجيل .

٦ - أن يتحكم المفحوص بقدر مافى التدريب .

وربما تكون المزاوجة مع النشاط الكهربائى للعضلة هى أكثر الابتكارات الجوهرية فى التدريب على الاسترخاء كما يطبقه المعالج ، إذ يوفر بعض المنافع الاخرى القليلة (Beiman et al., 1978). ويحتمل أن يكون تركيز الانتباه على الإحساسات البدنية لايؤدى أيضاً إلى أية مزايا إضافية .

ومايلى مثال لتعليمات الاسترخاء التى يوصى بها موريس Morris (1985) وهى مشابهه لتلك الإجراءات التى يصفها برنشتاين وبوركوفيك Bernstein and Borkovec (1973)

« والآن ارفع ذراعيك للخارج وشد قبضتك ، شدهما للغاية ، اشعر بالتوتر فى يديك ، سأقوم بالعد إلى ثلاثة أريدك أن ترخى ذراعيك ... والآن ضع لسانك على حافة فمك ، اضغط بشده (لحظة انتظار) استرخ واسمح للسانك بالعودة إلى الوضع المريح فى فمك .....»

وتتكرر هذه الدورة من التوتر - الاسترخاء لعدد من المجموعات العضلية على امتداد الجسم إلى أن يطلب من العميل أن يتأكد أن كل عضلة فى جسمه قد استرخت ، أولاً أصابع قدميك ، ورجليك ، وكتفيك ، ورقبتك ، وجبهتك » وعلى الأخصائى الإكلينيكى أن يتأكد أن العميل مستمر فى التنفس شهيقًا وزفيرا ببطء .

وبالنسبة لبعض المفحوصين ممن يجدون أن مثل هذا التدريب على التوتر - الاسترخاء غير سار(Heide and Borkovec , 1984) يمكن نصحهم بالتركيز على أسلوب آخر للاسترخاء مثل ذلك الذى يركز على الخيالات السارة أو التأمل من خلال تعليمات ذاتية .

(1) Autogenic .

وقد قام بوركوفيك وزملاؤه بسلسلة من الدراسات لزيادة كفاءة مثل هذه الأساليب للتوتر – الاسترخاء فى علاج الأرق (Borkovec et al., 1975 ; Steinmark and Borkovec, 1974; Borkovec and Weerts, 1976; Borkovec et al., 1975) وأكثر الآثار المتسقة كانت التحسن فى الوقت الذى يحتاجه المفحوص للدخول فى النوم ، وكان ذلك واضحا فى كل من تقارير العملاء أنفسهم (Steinmark and Borkovec, 1974; Borkovec et al., 1975 ; Borkovec and Weerts, 1976)

وكانت هذه التأثيرات واضحة فى مرحلة انخفاض التأثير وكذلك فى المرحلة الإيجابية وحيث تم تحذير المفحوصين أن لايتوقعوا تحسنا ، وقد أشارت متابعتهم أن هذه التأثيرات ظلت مستمرة لمدة خمسة أشهر بعد العلاج (Steinmark and Borkovec , 1974; Borkovec et al., 1975)

وقد أجرى بوركوفيك أغلب دراساته على متطوعين من صغار طلاب الجامعة ، من ذوى المتاعب المتوسطة فى النوم . ويصبح من المشجع إذن إن كار – كافا شان وولفولك Car - Kaffashan and Woolfolk (1979) وجدا أن الأرقين ممن كان متوسط اعمارهم ٤٠ عاما الذين أمكن تجنيدهم من خلال الإعلانات يدخلون فى النوم أسرع بمقدار ٤٦ فى المئة من خط الأساس باستخدام التدريب على التأمل ، وكان التحسن كبيرا بقدر جوهرى مقارنة بالتحسن الناتج عن استخدام العلاج بعقار زائف(١) خلال مرحلة انخفاض التأثير . وكان لدى هذه المجموعة من الأرقين صعوبات نوم حادة كانت تتطلب ٩٠ دقيقة أو أكثر لكى يناموا فى أغلب الليالى وفق تقاريرهم .

كانت دراسة إسبى وزملاؤه Espie et al. (1989a) اقل تشجيعا من حيث أن الاسترخاء لم يكن فعالا فى خفض وقت الدخول فى النوم وفق تقارير المرضى الذين حولوا بواسطة أطبائهم للعلاج من الأرق المزمن . ولم يحقق الاسترخاء التدريجى فائدة جوهرية فى الاحساس بالراحة بعد الاستيقاظ من النوم . ويذكر كار – كافشان وولفولك Car - Kaffashan and Woolfolk (1979) أيضاً أنه لاتوجد فروق بين الأرقين الحادين ومتوسطى الأرق من حيث مدى التحسين الناتج عن الاسترخاء – التأمل . ويثير ذلك الدهشة حيث أن الأرقين الحادين الذين عولجوا بهذه الطريقة تحسنوا بنسبة ٥٠ فى المئه بالنسبه لخط الأساس . فبعد أن كانوا يستغرقون أقل قليلا من ١٦٠ دقيقه فى المتوسط للنوم ، أصبحوا يستغرقون أقل من ٨٠ دقيقه فى نهاية مرحلة انخفاض التأثير .

وقد تغير متوسط فترة الأرق نحو الأفضل باستخدام الاسترخاء – التأمل بنسبه ٣٠٪ تقريبا من خط الأساس من ٦٠ دقيقه إلى ٤٠ دقيقه تأخير فى بدء النوم . وبتعبيرات مطلقة يكون التحسن أكبر فى حالة الأرقين الحادين . وبالرغم من ذلك قد يظهر أن أخطاء العينة فى النتائج والعدد الصغير من الأفراد (ثمانيه أرقين حادين فقط وثمانية متوسطى الأرق) يجعل من غير الممكن تدعيم التأثير إحصائيا . ويمكن للتدريب على الاسترخاء أن يحسن جوهريا من وقت بدء النوم لدى الأرقين الحادين حتى عندما يوجهوا لعدم توقع تحسن ، وبالرغم من ذلك فإن الدراسات الحديثة أظهرت تأثيرات أقل إيجابية ، ربما نتيجه لأن المفحوصين كانوا أكثر مقاومة (Lacks and Morin , 1992) .

(1) Placebo .

ولم يتم تبين آلية التأثير فى الحالات التى يكون الاسترخاء فيها فعالا فى خفض وقت بدء النوم (Borkovec , 1979; Coates and Thoresen , 1981) ولاتوجد علاقات مؤكده بين مدى التغير فى نشاط رسام كهرباء العضلة والتحسن فى وقت النوم ، حيث أوضح نيكاسيو وزملاؤه Nicassio et al., (1982) فى دراسة لهم على عائد رسام كهرباء العضلة والتدريب على الاسترخاء . إذن لايوجد أى تدعيم متسق لمتطلبات انخفاض النشاط العضلى لكى يستطيع الأرقين أن يذكروا قدراً أقل من الصعوبة فى بدء اليوم .

وهناك أيضاً دلائل على أن مجموعة متعددة من الظروف بما فى ذلك العلاج بعقار زائف ، وعدم زيادة الاسترخاء التدريجى له تأثير علاجى مماثل ;Carr - Kaffshan and Woolfolk , 1979) Nicassio et al., 1982) على الأقل وفق تقارير المفحوصين .

وتتطلب أغلب الدراسات التى اقتبست هنا أن يقوم المفحوصين بممارسة الاسترخاء والأنشطة المشابهة فى السرير وكذلك النشاط الرتيب الذى يؤدى لتعزيز بداية الدخول فى النوم (Bohlin , 1973) وقد أوضح بحث للدكتوراه (Nau, 1977) أن هذا التأثير يكون أكثر وضوحا عندما يعُطى المفحوص تعليمات لكى يركز انتباهه على مثل هذه المنبهات . وقد تفسر الميكانيزمات المشابهة الكفاءة المتوسطة لتركيز الأرقين انتباههم على الخيالات البصرية (Woolpolk and McNully, 1983) والتفسير البديل هو أن الاسترخاء وأساليب العلاج الأخرى قد تعمل لأنها تعيق الانشغال الذى يعتقد الأرقون أنه يعيق نومهم (انظر الفصل الثلاثين)

خلاصة :

يؤدى التدريب على الاسترخاء العضلى التدريجى ، وممارسته وفقا للتوصيات التى أوضحت فى القسم السابق إلى فوائد جوهرية لخفض الفترة اللازمة لبدء النوم لدى الأرقين ، وإلى شعورهم كذلك بالراحة بعد النوم . وبالرغم من ذلك فمن غير الواضح على الإطلاق كيف يحدث ذلك . وقد لايكون من الضرورى أن يكون الشخص كفؤًا فى خفض التوتر والنشاط العضلى لتحقيق تأثير ، وقد لاتكون التأثيرات كبيرة . وقد يظل الأرقين الحادين فى حاجة لوقت أطول كثيرا من المجموعه الضابطة حتى يستطيعوا بدء نومهم .

التحكم فى المنبه فى أرق بدء النوم

تتضمن الفروض الخاصة بالتحكم فى المنبه لدى الأرقين أن الفراش وما يحيط به أصبح مؤشرا لعدم القدره على بدء النوم : على الانشغال وعدم الراحه اللذان يرتبطان به . وقد اتجه الانتباه أيضاً إلى الأنشطة الأخرى التى قد لاتتوافق مع النوم وقت الدخول للسرير . وبالتالى فعلى العلاج أن يوفر النوم بوصفه مدعم لأنشطه الذهاب إلى السرير . ويلخص الجدول ١- ٣١ خصائص برنامج التحكم فى المنبه وقد ذكر تيرنر وآشر (1979) Turner and Ascher حالات لست مفحوصين تمكنوا من النوم بشكل أسرع باستخدام برامج التحكم فى المنبه مقارنة بفترة خط الأساس وفقا لتقاريرهم الخاصة .

وكانت إجراءات التحكم فى المنبه أكثر فعالية أيضًا من العلاج بالتسكين الظاهرى (1) وقد

(1) Quasi - desensitisation .

أوضح أسبى وزملاؤه Espie et al. (1989 a) أن التحكم فى المنبه ، على العكس من الإسترخاء ، خفض بالفعل من وقت بدء النوم لدى عينة صغيرة من الأرقين المزمنين الذين حولوا من خلال أطبائهم .

ويصف بودر وزملاؤه Puder et al. (1983) تأثير التحكم فى المنبه لدى أرقين مسنين متوسط أعمارهم ٦٧ عاما . وقد طلب من العملاء أن لايناموا خلال النهار ، وأن يستيقظوا فى وقت سابق التحديد ومنتظم كل صباح . وقد ذكر المفحوصون فى مذكراتهم اليومية أن الوقت اللازم لبدء النوم انخفض بحوالى ٦٠ دقيقه فى المتوسط وهو تأثير ظل مستمرا على امتداد سته أسابيع من المتابعة .

جدول ١ - ٣١ خصائص برنامج التحكم في المنبه للأرق

١ - يجب تجنب الأنشطة غير المتوافقة مع النوم مثل سماع الراديو أو الأكل فى الفراش .

٢ - يجب استخدام حجرة النوم للنوم فقط .

٣ - يجب نصح المفحوص بعدم دخول السرير مالم يشعر بالنوم ، ويجب الحرص فى التأكيد على أن عملية الذهاب للسرير لاتتضمن أنشطة مثل صعود السلم جريا أو تغيير الملابس فى حجرة شديدة البرودة ، وهو مايمكن أن ينبه المفحوص فى وقت النوم

٤ - إذا لم يتمكن المفحوص من النوم خلال عشرة دقائق فيتعين عليه أن يترك السرير ، وأن ينتقل إلى حجرة أخرى ، وأن يعود إلى السرير عندما يكون مستعدا فقط للنوم . (ومن المهم التأكيد أن تكون الحجرة التى سينتقل اليها غير مختلفة الحرارة بقدر ملحوظ عن حجرة نومه) .

٥ - يتعين تكرار المرحلة رقم ٤ إذا لم يحدث النوم .

٦ - يجب على المفحوص أن يستيقظ بمنبه وأن يستيقظ فى الوقت نفسه كل يوم .

٧ - يجب أن لاينام المفحوص فترات قصيره خلال النهار .

وهذه الدراسه هامة لأنها اهتمت بالأرق لدى المفحوصين من كبار السن ممن يعد تحسنهم واعدا بدرجه أقل باستخدام العلاج السلوكى (Nicassio and Boot3in , 1974 ; Alperson and Biglan, 1979) والخلاصة هى أن هناك العديد من الدراسات التى استخدمت جميعها عينات صغيره ، أظهرت أن التحكم فى المنبه يمكن أن يكون علاجا مفيدا لأرق بدء النوم ، وأنه يمكن أن يعد ذا قيمة على وجه الخصوص بالنسبة للمفحوصين من كبار السن . وبالرغم من ذلك ، فمثلما هو الحال فى التدريب على الاسترخاء ، فإن الآلية الخاصة بالتأثير الفعال غير مفهومة . ويحتمل أن تكون برامج التحكم فى المنبه فعالة نتيجة لأنها تجعل العملاء محرومين من النوم وهو الأمر الذى يزيد من احتمالية بدءهم للنوم عند العودة للفراش . والتفسير البديل ، أو الإضافى هو أن النشاط المعرفى غير المتوافق مع النوم يتقلص بترك حجره النوم .

بعض العلاجات الأخرى لأرق بدء النوم

لبعض العلاجات الأخرى دلائل محدودة تدعم تأثيرها ومن بينها التشريط العكسى [١] والتدريب على الإعزاء [٢] (Dauison et al. 1973) والنية المتناقضة ظاهريا [٣] (Espie et al., 1989a) والتى يحاول خلالها المفحوص أن يظل مستيقظا لأطول فتره ممكنة ، وقد استخدم هذا الأسلوب تاليا للفشل فى التدريب على الاسترخاء (Ascher and Turner , 1979 ; Ascher and Efran , 1978)

العلاجات المشتركة

من غير المشجع أن نتعلم من تقرير لترنر وزملاؤه Turner et al., (1983) أن التحكم فى المنبه بالإضافة إلى الاسترخاء يمكن أن يؤديا إلى جعل النوم أكثر صعوبه للمفحوص . وبالرغم من ذلك يذكر لاكس وموررين Lacks and Morin (1992) عددا من الدراسات التى استخدمت علاجات متعددة . ويتطلب هذا الأمر دراسات أخرى لأن هناك دلائل ضئيلة على أن هذا المنحى فعال بشكل متسق أكثر من العلاجات المنفردة .

العلاج من خلال مساعدة الذات

يصف موراوتيز Morawetz (1989) استخدام التعليمات المسجلة على شريط لعلاج الارق (لبدء النوم ومواصلة النوم) ويفصل الشريط المتطلبات الخاصه ببرنامج للتحكم فى المنبه (لأرق بدء النوم) والاسترخاء (للسير أثناء النوم) وجدولة النوم (للاستيقاظ النهائى فى وقت مبكر) ويوصى أن يشترى المفحوصين شرائط الاسترخاء الخاصة بهم ثم يزودون بتعليمات استرخاء كتابيه . ومن غير الواضح مقدار دقة العملاء فى الالتزام بالتعليمات ، وبالرغم من ذلك هناك قدر متواضع من التحسن الجوهرى فى بدء النوم وفى الاستيقاظ المبكر مقارنة بالمفحوصين الذين ظلوا بلا علاج على قائمة انتظار . والطريقة التى قدمت بها البيانات تجعل من الصعب تقيم قوه التأثير ، وعلى الرغم من ذلك ، ففى ضوء الاعتبارات الخاصة بالسهولة والاقتصاد التى يمكن بها تقديم الاسترخاء والتعليمات الأخرى على شريط يتعين أن يحظى هذا الأسلوب بمزيد من الاهتمام .

تفصيل علاج وفق احتياجات المريض

نتيجه لأن المفحوصين يختلفون فى العوامل التى يذكرون أنها تعيق نومهم ، فسيكون من الملائم اختيار (كما ذكرنا فى الجزء السابق) العلاج الخاص بكل عميل والذى يناظر هذه العوامل . وعلى الرغم من ذلك فما زال هناك القليل من التشجيع لكفاءة هذا المنحى (Lacks and Morin, 1992) وقد وجدأسبى وزملاؤه (Espie et al. (1989b أن العلاجات التى تختار لتطابق احتياجات المفحوصين لم يكن لها تأثيرات أقوى من العلاجات التى تحدد عشوائيا للعملاء .

علاج أرق مواصلة النوم

وجد لاكس وزملاؤه Lacks et al. (1983) فى إحدى الدراسات القليلة حول صعوبات مواصلة

---

(1) Counter Conditioning .
(2) Attribution training .
(3) Paradoxical Intention .

النوم فى عينة تتكون من ١٥ مفحوصا فقط أن كل من التحكم فى المنبه وبرنامج التسكين الظاهرى والعلاج بعقار زائف يؤثرون فى عدد من المتغيرات التى تحدد مواصلة النوم ، بما فى ذلك عدد مرات الاستيقاظ وطول فتره الاستيقاظ الكلية بعد بداية النوم . وبالرغم من ذلك لاتوجد دلائل تشير إلى تميز أسلوب التحكم فى المنبه على التسكين الظاهرى الذى أظهر فى مجال آخر أنه فعال بنفس قدر تأثير التدريب على الاسترخاء . وقد وجد مورين وأزرين Morin and Azrin (1987) من عينة من سبعة مفحوصين أن التحكم فى المنبه يخفض فتره الاستيقاظ التى يذكرها المفحوصين أكثر من التحكم فى التخيل الذى استخدم مع مجموعه أخرى . ولم يكن هناك أى تأثير جوهرى على مرات الاستيقاظ ، وربما يرجع ذلك إلى أن عددها كان ضئيلا بالقدر الذى لايسمح بتغيرات جوهرية .

وبالرغم من ذلك لايوجد سبب واضح يفسر لماذا يمنع التحكم فى المنبه مرات الاستيقاظ وبالتالى يخفض من تكرارها . وقد حسّن التحكم فى المنبه من فترة النوم فى دراسة مشابهة على مفحوصين مسنين (Morin and Azrin, 1988) والدليل المستخلص من هذه الدراسات يوضح أن التحكم فى المنبه يحتمل أن يكون أكثر العلاجات متعددة الجوانب للأرق والقادر على التعجيل ببداية النوم وخفض وقت الاستيقاظ بعد بداية النوم .

استخدام العقاقير المنومة فى العلاجات النفسية

طلبت الكثير من الدراسات التى سبق اقتباسها من المفحوصين أن يتوقفوا عن تناول الأدوية المنومة قبل بدء برامج العلاجات السلوكية . غير أنه لايتوفر إلا قدر غير كافٍ من البيانات التى توضح نوع الآثار التى يحدثها انسحاب هذه العقاقير على العلاج . ودائما ماينصح بإنهاء مرحلة انسحاب العقار قبل بدء العلاج النفسى كما سبق الإشارة إلى ذلك (فى صفحة ٧١٠) .

وقد استخدمت المنومات فى برنامج للعلاج السلوكى ، وقد ذكر المفحوصون الذين كانوا يحصلون على جرعات علاجية أنهم يعانون من عدم التركيز (Davison et al., 1973)ومن هنا يبدو أن المفحوصين سيعزون تحسن نومهم لإرادتهم ، وبالتالى سيظلون متحسنين بعد سحب الدواء . ومن غير الواضح إذا ماكان ذلك فعالا عندما يتناول العميل أدوية منومة بالفعل لمقاومه الأرق .

بعض اضطرابات النوم الأخرى

وصف دوليز Doleys (1977) وساكس وديلون Sacks and Deleon (1983) تدبر علاج التبول الليلى . وقد أكد ساكس وديلون (op. cit.) على أهمية المتابعة وإعادة التدريب عندما يكون الأسلوب المستخدم هو الوسادة والجرس [1] وقد وصف ليندزاى وزملاؤه Lindsay et al. (1982) أسلوبا مشابها باستخدام منبه لإيقاظ العميل لعلاج اهتزازات الجسم والرأس [2] وهناك دراسات قليلة لعلاج الكوابيس [3] المتكررة (Blanes et al., 1993) غير أن الاسترخاء والتسكين أظهرا بعض النجاح (Miller and Difilato, 1983) وطبيعة الإجراء الأخير فى هذه الدراسة غير واضح ، غير أنه يحتمل أنه يشمل تسكين مضمون الاحلام المتكررة . وقد وجه بلانيس وزملاؤه Blanes et al., (op. cit.)

(1) Bell - and - pad .
(2) Head - and body - rocking .
(3) Nightmares .

الأنتباه لبعض المقترحات التى تشجع التفكير فى نهايات سعيدة مختلفة للكابوس . وهو مايمكن أن يكون بمثابة إجراء معرفى يستحق الاهتمام .

وأخير فعندما يحدث أن يقاطع الشخير[1] النوم فإن توفير مسار مستمر للهواء يكون بمثابة العلاج الملائم (Jannette , 1984) ويتطلب هذا الإجراء استخدام جهاز يوصل الهواء إلى العميل بدرجات ضغط قويه متزايدة من خلال قناع للوجه . وهناك إجراء أخر أقل وضوحا يعتمد على جهاز لإعادة تدريب اللسان استخدم لتحسين التنفس (Cartwright et al., 1988) .

---

(1) Snoring .

References

Alperson, J. and Biglan, A. (1979) 'Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age', *Behavior Therapy* 10: 347–56.

Ascher, L. M. and Efran, J. S. (1978) 'Use of paradoxical intention in a behavioural program for sleep onset insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 547–50.

Ascher, L. M. and Turner, R. M. (1979) 'Paradoxical intention and insomnia: an experimental investigation', *Behaviour Research and Therapy* 17: 408–11.

Beiman, I., Israel, E. and Johnson, S. A. (1978) 'During training and post-training effects of live and taped extended progressive relaxation, self-relaxation and electromyogram biofeedback', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 314–21.

Bernstein, D. A. and Borkovec, T. D. (1973) *Progressive Relaxation Training*, Champaign, Ill.: Research Press.

Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D. and Healey, S. (1979) 'Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area', *American Journal of Psychiatry* 136: 1257–62.

Blanes, T., Burgess, M., Marks, I. M. and Gill, M. (1993) 'Dream anxiety disorders (nightmares): a review', *Behavioural Psychotherapy* 21: 37–44.

Bohlin, G. (1973) 'Interaction of arousal and habituation in the development of sleep during monotonous stimulation', *Biological Psychology* 1: 99–114.

Bootzin, R. R. and Nicassio, P. M. (1978) 'Behavioural treatments for insomnia', in M. Hersen *et al.*, (eds) *Progress in Behaviour Modification, vol. 6*, New York: Academic Press.

Borkovec, T. D. (1979) 'Pseudo (experiential) insomnia and idiopathic (objective) insomnia: theoretical and therapeutic issues', *Advances in Behaviour Research and Therapy* 2: 27–55.

Borkovec, T. D. and Weerts, T. C. (1976) 'Effects of progressive relaxation on sleep disturbance: an electroencephalographic evaluation', *Psychosomatic Medicine* 38: 173–80.

Borkovec, T. D., Kaloupek, D. G. and Slama, K. M. (1975) 'The facilitative effect of muscle tension-release in the relaxation treatment of sleep disturbance', *Behavior Therapy* 6: 301–9.

Borkovec, T. D., Grayson, J. B., O'Brien, G. T. and Weerts, T. C. (1979) 'Relaxation treatment of pseudo insomnia and idiopathic insomnia: an electroencephalographic evaluation', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 12: 37–54.

Carr-Kaffashan, L. and Woolfolk, R. L. (1979) 'Active and placebo effects in treatment of moderate and severe insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 1072–80.

Cartwright, R., Stefoski, D., Caldarelli, D., Kravitz, H., Knight, S., Lloyd, S. and Samuelson, C. (1988) 'Toward a treatment logic for sleep apnoea: the place of the Tongue Retaining Device', *Behaviour Research and Therapy* 26: 121–6.

Coates, T. J. and Thoresen, C. E. (1981) 'Treating sleep disorders: few answers, some suggestions and many questions', in S. M. Turner, K. S. Calhoun and H. E. Adams, (eds) *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, New York: John Wiley.

Cormack, M., Owens, R. G. and Dewey, M. E. (1989) *Reducing Benzodiazepine Consumption*, New York: Springer-Verlag.

Davison, G. C., Tsujimoto, R. N. and Glaros, A. G. (1973) 'Attribution and the maintenance of behaviour change in falling asleep', *Journal of Abnormal Psychology* 82: 124–33.

Doleys, D. M. (1977) 'Behavioural treatments for nocturnal enuresis in children. A review of recent literature', *Psychological Bulletin* 84: 30–54.

Espie, C. A. (1991) *The Psychological Treatment of Insomnia*, Chichester: Wiley.

Espie, C. A., Lindsay, W. R., Brooks, D. N., Hood, E. M. and Turvey, T. (1989a) 'A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia', *Behaviour Research and Therapy* 27: 79–88.

Espie, C. A., Brooks, D. N. and Lindsay, W. R. (1989b) 'An evaluation of tailored psychological treatment of insomnia', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20: 143–53.

Heide, F. J. and Borkovec, T. D. (1984) 'Relaxation-induced anxiety: mechanisms and theoretical implications', *Behaviour Research and Therapy* 22: 1–12.

Hillenberg, J. B. and Collins, F. L. (1983) 'The importance of home practice for progressive relaxation training', *Behaviour Research and Therapy* 21: 633–42.

Jennett, S. (1984) 'Snoring and its treatment', *British Medical Journal* 289: 335–6.

Kales, J. D. and Kales, A. (1987) 'Clinical selection of benzodiazepine hypnotics', *Psychiatric Medicine* 4: 229–41.

Kales, A., Kales, J. D., Bixler, E. O. and Scharf, M. M. (1975) 'Effectiveness of hypnotic drugs with prolonged use: flurazepam and pentobarbital', *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 18: 356–63.

Kales, A., Soldatos, C. R., Bixler, E. O. and Kales, J. D. (1983) 'Rebound insomnia and rebound anxiety: a review', *Journal of Pharmacology* 26: 121–37.

Lacks, P. and Morin, C. M. (1992) 'Recent advances in the assessment and treatment of insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 586–94.

Lacks, P., Bertelson, A. D., Sugerman, J. and Kunkel, J. (1983) 'The treatment of sleep-maintenance insomnia with stimulus control techniques', *Behaviour Research and Therapy* 21: 291–5.

Lader, M. and Lawson, C. (1987) 'Sleep studies and rebound insomnia: methodological problems, laboratory findings and clinical implications', *Clinical Neuropharmacology* 10: 291–312.

Lehrer, P. M. (1982) 'How to relax and how not to relax: a re-evaluation of the work of Edmund Jacobson – I', *Behaviour Research and Therapy* 20: 417–28.

Lindsay, S. J. E. (1987) 'Disorders of sleep: treatment', in S. Lindsay and G. Powell (eds) *A Handbook of Clinical Adult Psychology*, Aldershot: Gower.

Lindsay, S. J. E., Salkovskis, P. M. and Stoll, K. (1982) 'Rhythmical body movement in sleep: a brief review and treatment study', *Behaviour Research and Therapy* 20: 523–6.

Miller, W. R. and DiPilato, M. (1983) 'Treatment of nightmares via relaxation and desensitisation: a controlled evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 870–7.

Morawetz, D. (1989) 'Behavioral self-help treatment for insomnia: a controlled evaluation', *Behavior Therapy* 20: 365–79.

Morin, C. M. and Azrin, N. H. (1987) 'Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 260–2.

Morin, C. M. and Azrin, N. H. (1988) 'Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 748–53.

Morris, R. J. (1985) 'Fear reduction methods', in F. H. Kanfer and A. P. Goldstein (eds) *Helping People Change, 3rd edn*, New York: Pergamon.

Nau, S. (1977) 'The soporific effect of monotonous stimulation as a function of instructional set and stimulus intensity', unpublished doctoral dissertation (quoted by Borkovec, 1979, q.v.).

Nicassio, P. and Bootzin, R. (1974) 'A comparison of progressive relaxation and autogenic training as treatments for insomnia', *Journal of Abnormal Psychology* 83: 253–60.

Nicassio, P. M., Boylan, M. B. and McCabe, T. G. (1982) 'Progressive relaxation, EMG biofeedback and biofeedback placebo in the treatment of sleep-onset insomnia', *British Journal of Medical Psychology* 55: 169–96.

Puder, R., Lacks, P., Bertelson, A. D. and Storandt, M. (1983) 'Short-term stimulus control treatment of insomnia in older adults', *Behavior Therapy* 14: 424–9.

Sacks, S. and DeLeon, G. (1983) 'Conditioning functional enuresis: follow-up after retraining', *Behaviour Research and Therapy* 21: 693–4.

Steinmark, S. W. and Borkovec, T. D. (1974) 'Active and placebo treatment effects on moderate insomnia under counter-demand and positive demand instructions', *Journal of Abnormal Psychology* 83: 157–63.

Turner, R. M. and Ascher, L. M. (1979) 'A within-subject analysis of stimulus-control therapy with severe sleep-onset insomnia', *Behaviour Research and Therapy* 17: 113–18.

Turner, R. M., Di Tomasso, R. and Giles, T. (1983) 'Failures in the treatment of insomnia: a plea for differential diagnosis', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: John Wiley.

Woolfolk, R. L. and McNulty, T. F. (1983) 'Relaxation treatment for insomnia: a component analysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 495–503.

Woolfolk, R. L., Carr-Kaffashan, L., McNulty, T. F. and Lehrer, P. M. (1976) 'Meditation training as a treatment for insomnia', *Behavior Therapy* 7: 359–65.

الفصل الثانى والثلاثون

فحص الألم المزمن

Chronic Pain : Assessment

شيرلى بيرس و جويس مايز

Shirley Pearce and Joyce Mays

الفصل الثانى والثلاثون

فحص الآلم المزمن

شيرلي بيرس و جويس مايز
Shirley Pearce and Joyce Mays

مقدمة

يشكل الألم المزمن مشكلة اقتصادية كبرى ، مثلما يشكل مشكلة طبية . ففى المملكة المتحدة تسبب آلام أسفل الظهر (١) بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام . بالإضافة إلى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الاقتصادية والأسرية المصاحبة والتى تعزى إلى التكاليف غير المنظورة للألم المزمن (Sternbach , 1986) .ولسوء الحظ ، فقد اتضح دائما أن المناحى الطبية والجراحية التقليدية لفحص وعلاج الألم المزمن محدودة القيمة . وفى بعض الأحيان لايكون لدى المريض أى عرض مرضى بدنى واضح ، وفى أحيان أخرى تشكل أساليب العلاج ذاتها مشكلات إضافية ، بما فى ذلك إدمان العقاقير المسكنة للألم ، وحدوث ندوب مؤلمة فى الأنسجة عقب الجراحة . وقد تحول الانتباه فى السنوات الأخيرة إلى دور العوامل النفسية فى مشكلة الألم المزمن وتطور النماذج النظرية للألم التى تضع فى اعتبارها الطريقة التى تتوسط بها العوامل النفسية خبرة الألم (Melzack and Wall , 1988) .

وقد أصبح من المقبول الآن ، بالنسبة لكل أنواع الآلام ، أن هناك احتمالاً لتفاعل العمليات الفسيولوجية والنفسية . وتسهم العوامل النفسية ، بما فى ذلك الانتباه ، والمزاج ، والقلق ، والعوامل المعرفية ، والذاكرة ، مباشرة فى إدراك الألم والطريقة التى يُعانى بها .

وسيهتم هذا الفصل ، والفصل التالى بالإسهام النفسى فى تقييم وتدبر الألم المزمن . وقبل تقديم مراجعة لهذه المجالات ، سنقدم أولا نظريات الألم ، والتمييز بين الألم المزمن والألم الحاد .

نظريات الألم :

يتضمن التقييم المبكر للألم النظرية التخصيصية (٢) (انظر : Mountcastle , 1974) ونظرية النمط (٣) (Crue and Carregal , 1975) . وقد تبين أن كلاً من النظريتين غير ملائمتين لتقييم نتائج فسيولوجية ونفسية متنوعة . وقد اقترح ميلزاك ووال Melzack and Wall فى عام ١٩٦٥ نظرية أسمياها « بوابة التحكم فى الألم » (٤). وتوفر هذه النظرية اساساً تشريحيا مهمًا لوجهة النظر

(1) Law back pain .
(2) Specificity theory .
(3) Pattern theory .
(4) The gate Control theory .

التى ترى أن المدخلات الحسية يمكن تعديلها بواسطة عمليات فسيولوجية ونفسية معينة . ويعتقد أن المدخلات المؤلمة من الأطراف تعبر من خلال بوابة عصبية فى الحبل الشوكى (١) قبل أن تصل إلى المخ . ويمكن فتح أو إغلاق هذه البوابة وفق نشاط نسبى فى ألياف ناقلة صغيرة وكبيرة ؛ مثال ذلك مستقبلات اللمس . وبالمثل نشاط الألياف الهابطة من المخ . ويتم التحكم أيضا فى البوابات من خلال المسارات الهابطة من المناطق اللحائية المركزية .

وبهذا يقدم هذا النموذج للألم ميكانيزما تمارس من خلاله العوامل النفسية مثل الانتباه والتشتت والتوقع والشخصية تأثيرها على إدراك الألم . وقد تم وصف النظرية تفصيلا فى عدد من المواضع (Melzack , 1973 ; Wall , 1976 ; Melzack and Wall , 1988) ولن تناقش هنا بالتفصيل . وعلى الرغم من ذلك هناك دليل على أن نشاط الألياف الهابطة يمكن أن يحفز تغيرات ممتده للمجال الإدراكى والوسائط ، وبما يختلف عن الكف العصبى السريع والإثارة اللذان كانا موضوعا لدراسات مبكرة (McMahon and Wall , 1988) ويمكن لمثل هذا الدليل أن يوفر أساساً لوجود بعض الآليات المقترحة.

والمفهوم الأساسى لتغير المدخلات مقبول الآن على نطاق واسع ، وينظر إلى نظرية بوابة التحكم باعتبارها تقدماً نظرياً مهماً فى مجال بحوث الألم الحديثة منافسة فى الأهمية النموذج المتعدد الأبعاد للألم (٢) ، ومميزة بين المكونات الحسية والوجدانية للخبرة الذاتية للألم .

ويرى فورديس (1978) Fordyce أيضا أن النشاط فى النظام الفسيولوجى يدرك على مستوى ذاتى من حيث هو إحساس (كالاحتراق ، أو الوخز) ومن حيث هو تأثير غير سار (مثال ذلك الكدر ، وعدم الراحة) . وهو يرى بالإضافة إلى ذلك أن هذا التأثير السلبى يمارس دورا دافعيا لسلوك الألم (الجفول ، تعاطى الاقراص) والذى يهدف إلى توصيل خبرة الألم لأولئك المحيطين بالشخص وإلى خفض شدة معاناة الألم .

ويقدر البعد عن مستوى الألم ، بقدر احتمال زيادة نشاط العوامل الأخرى التى توجد إلى جانب مستوى النشاط الفسيولوجى لأن تُتضمن فى خبرة الألم مثال ذلك أن المتغيرات الاجتماعية والحضارية تميل للتأثير فى سلوك الألم ، ربما بالقدر نفسه من نشاط أنسجة الألم . ومن هنا فإن الانسجام بين هذه النظم الثلاثة الفسيولوجية والذاتية والسلوكية يمكن أن يتباين . وقام كارولى (1985) Karoly بتوسيع «نموذج النظم الثلاثة » (٣) لكى يتضمن عاملين إضافيين : (أ) تأثير نمط الحياة (مثال ذلك الكدر الزواجى والتغيرات الوظيفية) (ب) « عمليات تداول المعلومات أو التحكم المركزى » (٤) (مثال ذلك نمط التغلب على المشكلات ، مهارات حل المشكلات والمعتقدات الصحية) .

ويقدم فيلبس (1987) Philips الخطوط العريضة لنموذج يتعامل مع العلاقة بين مستويين للاستجابة فى نظرية كارولى Karoly حيث يصف التأثير المعرفى على سلوك الألم ، مؤكداً توقعات المرضى حول تأثيرات أفعالهم ، ومعتقداتهم عن إمكاناتهم على التحكم فى نوبات الألم . وعندما تكون الكفاءة الشخصية منخفضة فسيتجنب المرضى الانشطة التى تستثير زيادة الألم ، وينظر إلى سلوك

(1) Spinal Cord .
(2) Multi - dimensional model of pain .
(3) The Three Systems model .
(4) Information Processing or Central Control .

المرضى باعتباره سلوكاً تجنبيًا له تأثيره على استمرارية مشكلة الألم .

ويقدم ليفينتال (1984) Leventhal نموذجا له قوة تنبئوية أكبر ، ويستخدم مفاهيم مختلفة تماما مستخلصة من فكره تداول معلومات الانفعالات ، متفقا فى ذلك مع كل النماذج الأكثر حداثة . وبالرغم من ذلك فإنه يرى أنه يتعين نبذ فكرة العلاقة المستقيمة بين التنبيهات المؤذية وشدة الألم ، ويقدم الخطوط العريضة لفكرة موازية حول تداول المعلومات . وهو يرى أن التداول المركزى يحدث من خلال ثلاثة مستويات ذات تدرج (هيراركى) يتضمن المستوى الأول تنشيط مجموعة ردود الفعل الحركية التعبيرية الولاديه المنشأ للمنبهات البيئية ، مثال ذلك أن ايزارد ودوجرتى Izard and Dougherty حددا تغيرات فى التعبيرات الوجهية لدى صغار الأطفال تميز بين الخبرات المختلفة مثل الألم ، والخوف ، والغضب كان لها ثبات مرتفع بين المقدرين ، ويتضمن المستوى الثانى عملية الترمين الآلية (الأتوماتية) فى ذاكرة الخبرات الانفعالية . ويؤدى ذلك إلى تطور تدريجى لمخطط نظامى يوفر تسجيلا للعوامل المنبهة واستجاباتها الحركية الانفعالية والتعبيرية المرتبطة بها فى مستوى أعلى . وتظل هناك مجموعة من القواعد المجردة ، حول النوبات الانفعالية والاستجابات الإرادية المتعلقة ، التى تظهر عبر الزمن كنتيجة مترتبة على مراقبة الذات .

الألم المزمن مقابل الألم الحاد :

تقوم التفرقة بين الألم المزمن والألم الحاد على أساس متغيرين رئيسيين : الوظيفة وطول الفترة . وتلُقى التعريفات التى تقوم على أساس الوظيفة الضوء على دور الألم الحاد باعتباره إشارة إنذار ، وقيمة الألم المزمن أقل وضوحا فى هذا الشأن ، علي الرغم من أنه قد يخدم فى تعزيز انعدام النشاط والذى أحيانا ما يكون ضروريا لتحقيق شفاء ناجح من الآفات الخطيرة (Bonica , 1977 ; Wall , 1979) وهناك دعم تجريبى ضئيل للتمييز الوظيفى بين الألم المزمن والحاد ، كما أن الباحثين والأخصائيين الأكلينيكيين دائماً ما يضعوا تعريفات فى بحوثهم على أساس طول فترة الألم . ودائما مايعد الألم مزمنا إذا ماظل مقاوما لفترة تمتد لأكثر من ستةأشهر (Strenbach , 1974) .

ولم تتقرر الفروق التشريحية والفسيولوجية العصبية بين الألم المزمن والحاد بشكل واضح ، بالرغم من أنه تبين أن بعض أشكال الآفات الجراحية تؤدى إلى خفض الكدر الذى يحدثه الألم المقاوم ، وبالتالى يترك إمكانيه الشعور بمنبهات قليلة مؤلمة (مثال الوخز) غير مؤثر (Sweet , 1980) . وعلى الرغم من ذلك فإن البحوث الحديثة التى استخدمت الأشعة المقطعية (1) توحى باحتمال أنه قد تكون هناك فروق فى نمط النشاط المخى للمنبهات المؤلمة بين مرضى الألم المزمن والمرضى ، الذين لايعانون من الألم (Jones et al ., 1991)

الألم نفسى المنشأ مقابل الألم العضوى :

يطلق على الألم الذى لايمكن تحديد سبب عضوى واضح له اسم الألم نفسى المنشأ ، حيث يفترض أن المرضى لديهم بعض المشكلات الانفعالية أو الدافعية أو الشخصية التى تكون بمثابة السبب الأولى لسلوك الألم لديهم (Fordce , 1978) مثال ذلك أن أنجل (1959) Engel حدد مجموعة فرعية من المرضى لاتكشف عن أيه آفه وتتسم بمشاعر ذنب متزايدة وعدم تحمل النجاح الشخصى وتاريخ عائلى

---

(1) CAT

يبرز الألم والعدوان . وعلي الرغم من ذلك ، فإن هذا لايعد دليلا على أن هذه العوامل تلعب دوراً سببيا ، وهناك بالتأكيد دليل جيد يوحى أن الاضطراب النفسى يمكن أن يكون نتيجة الألم المزمن وليس سببه . مثال ذلك أنه علي الرغم من حصول مرضى الألم المزمن على درجات مرتفعة على مقاييس الهسيتريا والاكتئاب وتوهم المرضى فى بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية ، إلا أن هذه الدرجات تتناقص بقدر جوهرى بعد العلاج الناجح للألم (Sternbach , 1974 ; Sternbach and Timmermans , 1975) .

وبالتالى يصبح التمييز بين الألم العضوي و النفسى المنشأ ضئيل القيمة ، مادامت كل العوامل النفسية تلعب دورا جوهريا فى كل حالات الألم المزمن ، على الرغم من أن هذا المفهوم الدفاعى العميق وفر بالفعل للعلوم الطبيه مسمى مقنع لمجموعة المرضى ذوى الأعراض المرضية المحددة ممن تظل آلامهم معاندة على الرغم من أفضل الجهود التى يقوم بها الطبيب الممارس لعلاجها . وبالقدر نفسه قد يوفر هذا المفهوم مظلة للحالات العضوية التى لاتكتشف أو تحدد . وبكل المعانى ، فإن المصطلح قدم القليل لخدمة مصالح المرضى أو الممارسين . ولأهداف هذا الفصل لن نقدم تمييزا آخرا طالما أن الأساليب التى سبق وصفـها أظهرت جميعها أنها ذات صلة بقدر متساوى بتقييم الألم سواء أكان هناك شك فى أنه عضوى أم لا .

اهداف التقييم

ستناقش الآن الأساليب المستخدمة فى تقييم المكونات الفسيولوجية والذاتية والسلوكية للألم على الترتيب . ومن المهم – على الرغم من ذلك – أن نضع فى اعتبارنا أهداف التقييم . والأهداف الثلاثة العريضة فى الممارسة هى الآتى :

١ – تحديد مدى ملاءمة المريض للعلاج .

٢ – تحديد جوانب القوة والضعف لدى المريض لتطابق برامج العلاج بشكل فعال .

٣ – تقييم التغيرات أثناء العلاج وخلال فترة المتابعة .

تقييم سلوكيات الألم :

يستخدم تعبير « سلوك الألم » (1) فى مجال واسع من الأنشطة التى تتضمن طلب العلاج ، ومؤشرات استخدامه ، والشكاوى اللفظية من الألم ، والاستجابات غير اللفظية مثل اللهث والتقلصات ، وأنشطة التخفف من الألم (مثال ذلك تدليك أو تسخين موضع به ألم) ، والسلوكيات السلبية البارزة مثل عدم الخروج من السرير ، أو تجنب الأنشطة التى يمكن أن تؤدى إلى تفاقم الألم . وتهدف المقاييس التى ستوصف فى الجزء التالى إلى قياس سلوكيات الألم هذه على وجه التحديد . غير أنه يتعين تذكر أن تعبير سلوكيات الألم فى معناه الواسع يتضمن مفهوم كارولى Karoly لتأثيرات نمط الحياة ، والذى قد يتطلب قياسا أكثر تعقيداً لجوانب مثل الكدر الزواجى ، والتفاعلات الاجتماعية ، وانشطة الترفيه ، والوضع الوظيفى والترتيبات المنزلية ، والتى يتعين أن تُضمن فى هذه الفئة . وتشترك هذه الجوانب العديدة لنمط الحياة فى البروفيل الأوسع لتأثيرات المرض (Bergner et al., 1976) الذى عُدل للاستخدام مع المرضى المزمنين بالآم أسفل الظهر (Follicke et al ., 1985) .

---

(1) Pain behavior .

الملاحظة المباشرة :

يجب تسجيل تقارير الملاحظين لسلوك الألم فى المواقف الاكلينيكية ، وفى المواقف الطبيعية بالمثل . ويثير التقييم الذى يتم فى جناح المستشفى السؤال الخاص بمدى عمومية القياسات التى تم الحصول عليها ، فخصائص الجناح يمكن أن تؤدى إلى تفاقم مظاهر الألم ، سواء من خلال التأثيرات الاجتماعية مثل إظهار المرضى الآخرين لسلوك آلامهم ، أو من خلال فريق التمريض الذى يدعم سلوك الألم ، ومن هنا يتعين الحذر عند تعميم نتائج الشخص الواحد على بقية المواقف . على الرغم من ذلك فإن الملاحظة المباشرة فى الجناح قد تكون مفيدة للغاية . ويسهل تسجيل بعض سلوكيات الألم النوعية بواسطة فريق الجناح لتقييم التطور أثناء البرامج الخاصة بالمرضى الداخليين . مثال ذلك عندما يكون المرضون هم المصدر الوحيد لتقديم الدواء ، فيمكن بسهولة تسجيل سلوك تناول الدواء نتيجه لطلب المريض للعلاج .

والسلوكيات الجيدة مثل عدد مرات جلوس المريض منتصبا فى العلاج الطبيعى يمكن أيضا تسجيلها ببساطة ، وهى تعد مقاييس مهمة للتحسن ويجب تضمينها بين نتائج القياسات الأخرى . وإحدى النتائج الأخرى التى يتزايد تقييم أهميتها باعتبارها محكا لكفاءة برامج العلاج هى مقياس « العودة إلى العمل » . والتقـــييم الميدانى للبيت ومكان العمل يجرى تطويره حاليا لا باعتباره مجرد أداة مساعدة للقيـاس ولكن من حـــيث صلتـه بتدبر البيئة كجزء من برامج العلاج التى تهدف لاستكمال البرامج المؤسسية (Cott et al ., 1990) .

ويمكن لبعض الجوانب الدقيقة فى سلوك الألم ، مثل عدم الشكوى من الألم لفظياً أن تكون مفيدة فى تحديد العوامل البيئية التى قد تؤدى إلى استمرار الألم . ويمكن قياسها بمجموعة متنوعة من أساليب الملاحظة المباشرة والتى يستخدم أغلبها بالفعل فى مواقف المرضى الداخليين .

وتسجل سلوكيات الألم بعدد مرات التعبير عنه خلال فتره زمنية محددة . مثال ذلك آن رابشتين – بلانشيك (Rybstein - Blinchik (1979 ذكر عدد مرات تكرار كل من سلوكيات الألم اللفظية وغير اللفظية خلال فترة ثلاثين ثانية من المناقشة مع المعالج ، وكانت معاملات ثبات مابين المقدرين مرتفعة غير أن تعميم عدد التكرارات انخفض نتيجة لوجود المعالج . بالإضافة إلى ذلك كانت العينة الزمنية قصيرة للغاية . وربما أدى ذلك إلى الحد من القيمة التعميمية للنتائج . ويحتمل أن يوفر تكرار العينات الزمنية وبفترات أطول معلومات أكثر تعلقا .

وتضمنت الأساليب الأخرى للملاحظة المباشرة لسلوكيات الألم استخدام مقاييس التقدير الذاتى . مثال ذلك التقديرات التى تقوم بها المرضات لمرات تكرار ثلاثة أنماط من سلوك الألم التى تلاحظ خلال نوبة العمل . وقدم سكوت ريتشاردس Scott Richards مثالا لطريقة تقدير أكثر تفصيلا لسلوك الألم ، حيث وصف تطوير مقياس لسلوك الألم يقوم فيه فريق التمريض بتقدير التكرارات على مقياس من ثلاث نقاط (إطلاقا ، وأحيانا ، وكثيرا) لعشرة سلوكيات للألم لفظية وغير لفظية . وكانت فترة العينة هى الجولة اليومية بجناح المستشفى حيث يتفاعل المريض مع فريق التمريض من خلال مواقف مقابلة شبه مقننة تمتد تقريبا لمدة خمس دقائق . وقد ذكر معاملات ثبات مرتفعة بين المقدرين لهذا الأسلوب للقياس ، ومعاملات ارتباط متوسطة بمقاييس أخرى مثل مستوى النشاط البدنى ، والتحسن السلوكى خلال البرامج التى تتم داخل المستشفى . (Richards et al ., 1982) ومرة أخرى ، فإن العينة الزمنية القصيرة تحد من الصدق الخارجى للقياس . بالإضافة إلى ذلك فبينما يؤدى استخدام مقياس رتبى من ثلاث نقاط إلى سهولة أكثر فى التطبيق ، إلا أنه يحتمل أن يخفض أيضا من حساسيتة للتغير .

وتضمنت محاولات الحصول على مقاييس لسلوكيات الألم فى المواقف الطبيعية سؤال الزوج (الزوجة) أو رفيق المريض أن يسجل سلوك الألم (Fordyce , 1976) . ولسوء الحظ ، فقد لايكون الزوج ملاحظا موضوعيا تماما . وتوحى مراجعة مشكلة الاستجابة على مقاييس الملاحظة أنه لايمكن افتراض أن الملاحظ المشارك يوفر بيانات ثابتة (Harris and Lahey , 1982) .

الأجهزة الإلكترونية :

أدى التحرك نحو الموضوعية فى قياس سلوك الألم إلى تطوير عدد من الأجهزة الإلكترونية الغريبة . والأساليب المفضلة فى الدراسات المبكرة غير مستخدمة بالقدر نفسه فى هذه الأيام . وقد استخدم كيرنس وزملاؤه (Cairns et al . (1986 ساعة إيقاف توضع فوق سرير المريض وتسجل مقدار الوقت الذى يقضيه راقدا فى فراشه ، وبالرغم من إشارتهم إلى ذلك باعتباره قياس مفيد للوقت المنقضى ، إلا أن هذه الطريقة تعتمد على كون المريض غير قادر على الرقاد فى أى مكان آخر فى الجناح ، كما تتطلب دقة التسجيل الثقةأيضا فى أن المرضى لن يتلاعبوا بالنظام بالنوم على أسره زملائهم فى الجناح .

وطور ساندرز Saunders مقياسا آخريتضمن قدرا أقل من المشاكل يطلق عليه اسم مقياس مسافات السير (١) وهو يحتوى جهازا للتسجيل يرتديه المريض حول معصمه ، وينشط من خلال مفتاح صغير على الساق ، وبالتالى يقيس الحركات الكبيرة ويوفر تقديرا لمسافة السير (Saunders et al ., 1978) .

المراقبة الذاتية :

للمراقبة الذاتية ميزة توفيرها قياسات عن المفحوص فى بيئته الطبيعية . بالإضافة إلى أنها تعطى المريض نفسه مسئولية تقييم التقدم بشكل مباشر .

ويتعين مراعاة الحرص عند تصميم قوائم التسجيل الذاتى والتى ستزيد من إذعان المريض (Collins and Thompson , 1979) . وقد توفر مهام بسيطة يطلب تسجيلها مثل عدد مرات ممارسة تمارين معينة ، وتعاطى الدواء ، معلومات أكثر ثباتا من القياسات شديده التفصيل (Melzack and Wall , 1989) ويُقترح فى هذا الشأن ضرورة استخدام مقاييس سلوكية أخرى أكثر موضوعية مع مقاييس التسجيل الذاتى طالما أن التضارب بين النوعين من المقاييس يمكن أن يحدث . وقد أظهرت المقارنة بين تقارير الملاحظين عن نشاط المرضى وبين بيانات تقارير المراقبة الذاتية المأخوذة من المرضى أنفسهم تضاربا شديدا ، وقد لوحظ تضارب مماثل بين بيانات المراقبة الذاتية وتسجيلات ساعات الإيقاف (Saunders , 1983) .

ويمكن لمثل هذا التضارب أن يعكس بعض التشعب الوظيفى المعقد للألم ومعناه فى سياق اجتماعى أعرض بالنسبة للمريض . مثال ذلك ، أن الكثيرين من المرضى قد ينكرون ، عند بدء العلاج على وجه الخصوص وعيهم بوظائف شدة الألم فى علاقتها بالتغيرات البيئية . وينظر حتى إلى الاعتراف بأن العوامل الاجتماعية أو التفاعلية يمكن أن تؤدى إلى تفاقم الألم ، باعتباره تقرير أن الألم غير حقيقى وكثيرا مايكون من الصعب تقييم الأشكال المتنوعة من برامج العلاج من حيث علاقتها على وجه الخصوص

(1) Pedometer .

بتقديرات شدة الألم . وتشير الدراسات التى أظهرت انخفاضا فى تقديرات الألم بين وقت الدخول للمستشفى ووقت المتابعة إلى أن هذا الانخفاض لايمكن عزوه إحصائيا إلى العلاج . ويرى ديردوف وزملاؤه (1991) Deardoff et al . أنه ربما كانت لدى المرضى ميول لتضخيم تقديرات الألم عند تقييمهم للحصول على العلاج . أما عند المتابعة وحيث يكون العلاج قد اكتمل ، أو أن حصولهم على العلاج لم يصبح قضية ، فقد يصبح تقدير المرضى للألم أكثر دقة .

تقييم المكونات الذاتية للألم :

إذا انطلقنا من نموذج الأبعاد المتعددة للألم الذى يحاول الجمع بين العناصر الحسية والوجدانية ، فيترتب على ذلك ضرورة أن يتضمن تقييم خبرة الألم تنوعا من المقاييس لسبر كل من البعدين .

تقييم نوعية الألم وشدته :

تعد مقاييس التقدير أكثر المقاييس شيوعا فى الاستخدام فى مجال البحوث الإكلينيكية للألم . وهى تتباين وفق عدد وطبيعة نقاط ارتكازها : الأعداد ، أو الكلمات ، أو عرض خطوط بصرية مناظرة . وقد فحص توزيع الاستجابات على مقاييس التقدير اللفظية ومقاييس الخطوط البصرية المناظرة بشكل شامل . وبصفة عامة فإن مقاييس الخطوط البصرية المناظرة تؤدى إلى توزيعات موحدة بشكل أكبر . وبالرغم من أن هناك فرصة أن ذلك يعكس حساسيتها الفائقة (Scott and Huskisson , 1976) إلا أن جريسلي (1980) Gracely يعارض ذلك ويرى أن التراث النفسى الفسيولوجى يوحى بميل الاستجابات إلى التشتت على متصل قسرى دون اعتبار لشدة أو سعة تكرار المنبه الكامن .

والاعتراض الأساسى على الاعتماد على مقاييس التقدير أحادية البعد يعود لفشلها فى التعبير عن تعقد خبرة الألم ، وقد جرت محاولات لتخطى هذه المشكلة بطريقتين :

الأولى كانت باستخدام مجموعة من مقاييس التقدير . وقد استخدم برايس وزملاؤه Price et al (1987) . مجموعة من مقاييس الخطوط البصرية المنفصلة لكل من الأبعاد الحسية والوجدانية للألم . وقد أظهرت البحوث السابقة أن مقاييس الخطوط البصرية تؤدى إلى تقريب نتائج مقاييس التقدير) (Price et al ., 1983 كما أنها متسقة داخليا (Price and Horkins , 1987) . وقد وجد برايس وزملاؤه (1987) . Price et al من خلال مقارنه بين مجموعات مختلفة من المرضى بروفيلات للدرجات متسقه مع التوقعات . إذ قدم مرضى الألم المزمن تقديرات وجدانية أعلى مما قدمته نساء عاملات ومتطوعين تعرضوا لألم خارجى .

المنحى الثانى تضمن استخدام أساليب للمضاهاة بين الوسائط للتحقق من الصدق التمييزى للمقاييس . ويصف جراسلى (1980) Gracely استخدام أسلوب المضاهاة التبادلية (١) بين الوسائط لتطوير مقاييس منفصلة للجوانب الحسية (الشدة) والوجدانية (الكدر) . وقد أظهر التدخل الدوائى تأثيرات فارقة على المقياسين ، علي الرغم من أن هذه النتائج تتعلق بالألم الحاد المستحدث تجريبيا وليس الألم المزمن . مع ذلك ، فقد تبين أن الاعتماد على مقاييس مفردة يمكن أن يشوه الاستخلاصات المتعلقة بتغير المكونات الذاتية للألم .

الاستخبارات :

(1) Cross modality matching .

يعد استخبار ماكجيل للألم (١) أحد أوسع استخبارات الألم الوصفية استخداما (Melzack , 1975) وهو يتضمن ثمانية وسبعين صفه للألم مصنفة فى اثنتين وعشرين مجموعة . تعكس كل مجموعة خصائص مختلفة إلى حد ما للألم . وتصف بعض المجموعات الخبرات الحسية (مثل الوخز ، والغليان ، والسخونة ، والحروق) . وتصف مجموعات اخرى خصائص وجدانية (مثال الإحساس بالمرض والخوف ، والأذى ، والقسوه) بينما تصف أخرى جوانب تقييميه للألم (مثل المضايقه ، البؤس ، إثاره المتاعب) ويطلب من المفحوصين تحديد أى الكلمات تصف آلامهم . ويمكن تصحيح الاختبار إما للوصول إلى مؤشر يعكس شدة الكلمات المختارة ، وإما بطريقة أبسط من خلال عدد الكلمات التى تم اختيارها من المجموعات الثلاث . وقدم ريدنج (1983) Reading مناقشة لصورة أخرى تتكون من بطاقات يطلب من الفحوص تصنيفها وقام بريتو وزملاؤه (1980) . Prieto et al وبايرن وزملاؤه (1980) . Byrne et al وريدنج وزملاؤه (1982) . Reading et al بتقييم ثبات تصنيف مجموعات الصفات ، كما قام تيرك وزملاؤه Turk et al . (1985) بدراسة البنية الداخلية للاختبار باستخدام التحليل العاملى التأكيدى (٢) . كما ناقش ميلزاك وكاتز (1992) Melzack and Katz وتورجرسون (1986) Torgerson هذه النتائج بتعمق من منطق استخدام أساليب التحليل العاملى لتخطيط أبعاد استخبار ماكجيل للألم . وباختصار ، يمكن اعتبار استخبار ماكجيل للألم مقياسا مفيدا للجوانب الكيفية فى الألم ، غير أنه يتعين التزام الحذر عند استخدامه كمقياس كمى .

قياس المزاج والقلق والاكتئاب :

اتساقا مع النموذج متعدد الأبعاد للألم ، يعد قياس الاكتئاب (ببطارية بيك للاكتئاب على سبيل المثال) والقلق (ببطارية سبيليرجر لقلق السمة – الحالة على سبيل المثال) مهما بشكل واضح لتقييم مرضى الألم المزمن . كما أن تقييم المزاج يمكن بالرغم من ذلك ، أن يثير مشكله مع مرضى الآلم المزمن ، حيث أن بعض المتغيرات مثل الألم والارق ، وتغيرات الشهيه يمكن أن تكون اعراضا متكرره الصلة بالجوانب الفيزيقيه للحاله ذاتها .

ويتخطى تطوير زيجموند وسنث (1983) Zigmund and Snaith (٣) لمقياس قلق واكتئاب المستشفى بعض هذه الصعوبات . ومن المهم فى ضوء الأهداف الموضوعة للقياس الحصول على تقدير دقيق للمزاج بقدر الامكان . وبما أنه من المقبول الآن أن خبرة الألم تشمل عناصر حسية ووجدانية ، فعلى المرء أن يتوقع أن تظهر النتائج العلاجية تحسنا فى الحالة المزاجية .

مفكرة الألم :

إحدى المشكلات الكبرى فى تقييم الألم المزمن هى تذبذبه التلقائى عبر الزمن ، وبالتالى يجب أن تعتمد مقاييس كفاءة التدخل على عينة ملائمة للمشكلة ويمكن أن يوفر التذبذب فى شدة الألم فى البيئة الطبيعية للمريض موشرات هامة حول المواقف التى يحتمل أن تكون هى المؤدية لتفاقم الألم أو تحسنه وبالتالى تساعد على تحديد مستوى التدخل العلاجى وطبيعته . ويحتمل أن يؤدى الاعتماد على ذاكره المريض حول تذبذب الألم حتى على امتداد أسبوع أو نحوه قبل حصوله على الاستشارة إلى بيانات غير ثابتة . وقد وجدأندراسيك وهولرويد (1980) Andrasik and Holroyd تباينا بين تسجيل مرات الصداع فى مفكرة وشدته والتذكر الذى يحدث خلال المقابلة ، وكان الأخير لايتضمن تحديداً للمشكلة عند

(1) McGill Pain Ouestionnaire .
(2) Confirmatory Factor analysis .
(3) Hospital Anxiety and Depression Scale .

مقارنته بما يسجل فى المفكرة . وبالتالى يصبح من المنطقى أن يلعب التسجيل فى المفكرة دورا بارزا فى تقييم الألم . وبالرغم من ذلك ، يتعين بذل كل الجهد لتأكيد استكمال المرضى لتقديراتهم للألم فى المفكره بشكل منتظم ، وبهذا يمكن تجنب عدم ثبات عمليات التذكر . ومثاليا يجب مقارنه تسجيلات المفكره بتقديرات مستقلة أو ملاحظات مباشرة . وبينما وجد فوليك وزملاؤه (1984) . Follick et al ارتباطا مرتفعا بين التقديرات الذاتية وملاحظات الزوج ، وجد فوردس وزملاؤه (1984) . Fordyce et al علاقة محدوده بين تقارير الألم وسلوك الألم . وبالرغم من الارتباط الإيجابى بين تقارير الألم ومحدودية النتائج ، إلا انه لاتوجد إلا علاقة ضعيفة بين الاستفادة من الرعاية الصحية وتقارير الألم وسلوك الألم . ويحتمل أن يكون هناك عدد من العوامل التى تؤثر فى العلاقة الوثيقة بين التقديرات الذاتية وتقديرات الآخرين ، وقد يكون هذا فى حد ذاته مصدرا مشوقا للتقييم الإكلينيكى الشامل .

استخدام مقاييس الألم التجريبى (١)

ارتكزت المحاولات المبكرة لتقدير الشدة الإكلينيكية للألم من خلال مقارنات للألم الحسى المستحدث تجريبيا على أعمال هاردى وزملائه (1952) . Hardy et al وتؤدى الفروق الإكلينيكية فى مجال الممارسة بين الألم التجريبى وأغلب ظروف الألم الإكلينيكى إلى صعوبة إجراء القياس . وبالتالى فقد ظل قياس الألم التجريبى موضوعا للنقاش . وقد استخدم الألم المستحدث بطريقه الضاغط على نطاق واسع . وهو أسلوب وصفه ستيرنباك (1974) Sternbach وحيث يستخدم الضاغط لاستحداث قدر من الألم يقبل المقارنة بالألم الاكلينيكى ، ويمكن حساب معدل ألم الضاغط . وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب اتسم بالثبات ، إلا أن هناك تساؤلات حول صدقه . وقد أوضح سينرباك وزملاؤه. Sternbach et al (1977) أن معدل ألم الضاغط غير حساس للتغيرات الناتجة عن تناول جرعات مختلفة من العقاقير المسكنة .

تقييم العوامل المعرفية ذات الصلة بالألم :

على الرغم من أن المعنى الذى يعزوه المرضى لألمهم اعتُبر منذ فترة طويلة مهما لتوافقهم ، إلا أن البحوث بدأت حديثا فقط فى الكشف عن دور معتقدات المريض فى توافقه مع الألم المزمن . وقد فُحصت أنماط معرفية مختلفة بما فى ذلك الافكار حول القدرة على التحكم فى الألم ، والإعزاءات الخاصة بقدرة الشخص الذاتية على استخدام استراتيجيات تغلب معينة للألم ، والتوقعات حول النتائج المحتمله لجهود التغلب المختلفة . وقد قدم جينسون وزملاؤه (1991) . Jenson et al مراجعة جيدة لنتائج هذه البحوث.

المعتقدات :

أفتُرض أن معتقدات المرضى ، والعناصر المعرفية المتعلقة بمشكلات آلامهم ، ومترتبات حدث معين ، وقدرتهم على التغلب على هذا الحدث لها تأثير على أدائهم بطريقتين الأولى هى أن المعتقدات الخاصة بدلالات الأحداث يمكن أن تؤثر مباشرة على المزاج وعلى الأفكار السلبية التى تؤكد على النتائج المفجعة ، وادراك الشخص لعدم قدرته على التحكم فى هذه المترتبات يمكن أن يسهم أو يؤدى إلى الاكتئاب ، والثانية هى أن المعتقدات قد تؤثر على التوافق بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على جهود التغلب . مثال ذلك أن مرضى الألم الذين يعتقدون أنهم قادرين على ممارسة النشاط بشكل منتظم يحتمل

(1) Experimental Pain .

أن يكونوا أقدر على المبادرة فى برامج النشاط والاستمرار فيها .

وتقاس المعتقدات الخاصة بالألم عادة من خلال الاستخبارات مثل استخبار المعتقدات حول التحكم فى الألم [١] (Skevington , 1990) والذى اشتق من استخبار مصدر الضبط الصحى متعدد الأبعاد [٢] (MHLC ; Wallston and Wallston , 1978). ويقيس هذا الاختبار المدى الذى يصل اليه اعتقاد الناس أن لديهم ضبط ذاتى لألمهم (المقياس الداخلى) ، أو تحكم القدر أو قدرة الأطباء والأشخاص الآخرين المؤثرين على التحكم فى آلامهم (مقياس الصدفة أو الآخرين المؤثرين) .

التغلب :

عُرف التغلب [٣] باعتباره جهوداً غرضية لتدبر أو إبطال التأثيرات السلبية للضغوط . وقد صُنفت جهود التغلب وأنشطته على امتداد عدة أبعاد . مثال ذلك أن لازاروس (1984) Lazarus وكوين وهلرويد (تحت النشر) Coyne and Holroyd قسموا استراتيجيات التغلب إلى نمطين رئيسيين : تلك التى تخدم فى تدبر الانفعالات السلبية المتعلقة بالضغوط (التغلب المتمركز حول الانفعالات) وتلك المتجه إلى حل المشكلة أو التخفف منها (التغلب المتمركز حول المشكله) . ويصنف بعض الباحثين جهود التغلب فى مجال الألم المزمن إلى أبعاد ايجابية واخرى سلبية (Brown and Nicassio , 1987) وتعرف الاستراتيجيات الإيجابيه باعتبارها استجابات تتطلب استنفار بعض الافعال لتدبر الألم (مثل ممارسة الرياضة) أما الاستراتيجيات السلبية فتتضمن الانسحاب أو التخلى عن التحكم إلى قوة وسيطة او خارجية (مثال ذلك الركون إلى الراحة أو اللجوء لاستخدام العقاقير) .

إدراك التحكم في الألم :

قام رودى وزملاؤه (1988) . Rudy et al بفحص العلاقة بين التحكم المدُرك ، والتدخل المدُرك للألم فى أنشطة الحياه وبين الاكتئاب . وقد تم الربط بين المستويات العليا من التحكم المدُرك والمستويات المنخفضة لإدراك التدخل فى الانشطة معا ، بالمستويات الدنيا من الاكتئاب ، بالإضافة إلى ذلك كان لكل منبئى من هذين المتغيرين إسهاما مستقلا فى التنبؤ بالاكتئاب ، بما يوحى بأن كل منهما قد يكون مهما فى تحديد التوافق النفسى مع الألم المزمن . كما أظهرت النتائج أيضا دعما للفروض التى ترى أن التحكم المدُرك والتدخل المدُرك متغيران وسيطان فى العلاقة بين حدة الألم والاكتئاب . وقد أظهرت دراسة قام بها سترونج وزملاؤه (1990) . Strong et al أنه بقدر تسليم مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة بإحساسهم بالتحكم فى ألمهم بقدر انخفاض احتمال أن يذكروا فى تقاريرهم أن الألم يتدخل فى أدائهم اليومى . وقد وجد جنسن وزملاؤه (1987) . Jenson et al أن التحكم المدُرك فى الألم ينبئ بتقارير ذاتية حول استخدام الاسترخاء للتغلب على الألم ، وبالمزيد من التمرينات التى تلى العلاج مباشرة من خلال برنامج متعدد النظم للألم .

العجز المدُرك [١] :

---

(1) Beliefs about Pain Control Questionnaire .
(2) Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire .
(3) Coping .

يرتبط البعد الخاص بالعجز المدرك ارتباطا وثيقا بالتحكم فى الألم . وقد طور نيكاسيو وزملاؤه Nicassio et al . (1985) مؤشرا للعجز فى التهاب المفاصل (٢) وذلك باستخدام نموذج العجز المتعلم للاكتئاب كأطار نظرى . وقد أظهر المرضى الذين حصلوا على درجات تشير إلى عجز مدرك على هذا المقياس فى مجموعة متنوعة من الدراسات نمطا سلبيا للتغلب على الألم ، ودرجة أكبر من العجز النفسى والفيزيقى . وقد أظهر المقياس أيضا علاقة سلبية مع جهود التغلب الايجابية . وقد ذكر مرضى الألم المزمن من أصحاب الدرجات التى توحى بقدر أكبر من العجز المدرك على مقياس مشابه طوره فلور وتيرك Flor and Turk (1988) قدرا أكبر من الألم الحاد ، وتدخلا للألم فى أنشطتهم واستخداما أكبر لتسهيلات الرعاية الصحية .

تقدير المكونات الفسيولوجية للألم :

يمكن تقسيم التقدير الفسيولوجى إلى مجموعتين عريضتين تتضمن الأولى محاولات عزل التغيرات الفسيولوجية التى يمكن أن تلعب دورا سببيا فى تطوير الألم الذى يمكن ان يحدث فى غياب حالات مرضية لأنسجة معينة . مثال ذلك فحص التغيرات فى رسام العضلة (٣) التى يُعتقد انها تكمن خلف صداع التوتر أو التغيرات فى الأوعية الدمويه التى يعتقد أنها تسبب الصداع النصفى (٤). وتتضمن الثانية فحوص للتغيرات الفسيولوجية التى يعتقد أنها تحدث استجابة للخبره الذاتية للألم . والواقع أن هذا التمييز يتسم بقدر قليل من الصدق فى حالة الألم المزمن ، وحيث العلاقة بين السبب والنتيجة غير واضحة بشكل عام .

وقد وجد هولمز وولف Holmes and Wolff (1952) أن مرضى آلام أسفل الظهر يظهرون إفراطا عاما فى النشاط العضلى تحت ظروف النشاط الفيزيقى والتوتر الانفعالى . وهناك اعتقاد أن ذلك تعبير عن دفاعات إرادية ، أى أن المرضى يوترون عضلاتهم إراديا لحماية أنفسهم من المزيد من الألم ، وبالتالى يحتمل أنهم يؤدون بذلك إلى تفاقم المهم الأصلى .

ويذكر كيف وبلوك Keefe and Block (1982) عددا من الدراسات غير المنشورة لوولف وزملاؤه Wolff et al . تدعم فكره أن مرضى آلام أسفل الظهر يظهرون شذوذا فى النشاط العضلى عند مقارنتهم بمفحوصين لاتوجد لديهم آلام . وبينما يظهر المفحوصون الأسوياء مستويات نمطية منخفضة فى نشاط رسام العضلات عند تسجيله من كلا ناحيتى الفقرة القطنية (٥) ، يظهر مرضى آلام أسفل الظهر نشاطا غير نمطى للعضلة القطنية . سواء أثناء الثبات أو أثناء الحركة مثل الانحناء أو الاستدارة .

وقد أوضح وولف وزملاؤه (1982) Wolff et al . أن تدريب المرضى ليقدموا أنماطا منتظمة على رسام العضله ارتبط بانخفاض فى تقاريرهم الذاتية حول الألم ، وبزيادة فى مستويات النشاط . ويبدو أن هناك احتمال ، مهما كان السبب الأساسى للألم ، أن الحركات النزقة التى يقوم بها المرضى لتجنب زيادة توتر المنطقة المتألمة يمكن أن تستثير تغيرات فسيولوجية تؤدى إلى تفاقم المشكلة او استمرارها . وبالتالى يحتمل أن يرتبط التقدير الملائم للمتغيرات الفسيولوجية بالألم ، وأن يكون مهما فى

---

(1) Percieved Helplessness .
(2) Arthritis Helplessness Index .
(3) Electromyographic Changes .
(4) Migraine .
(5) Lumbar Spine .

تحديد المستويات المكنه للتدخل العلاجي:

وعلى الرغم من تدعيم بعض الدراسات بالفعل لفكرة أن مرضى صداع التوتر لديهم مستويات سكون أعلى للعضلات (مثال ذلك (Phillips , 1977) إلا أنه يتوفر الآن حجم ضخم من الدلائل التى توحى أن المستويات المرتفعة من توتر العضلات قد لايكون شرطا كافيا لتطوير صداع التوتر . وقد فشل عدد من الدراسات فى إيجاد فروق بين مرضى صداع التوتر والمفحوصين من أصحاب أشكال الصداع الأخرى ، أو المجموعة الضابطة من الأسوياء Martin and Mathews , 1978 ; Pearce and) Morley , 1981) . ولايعنى ذلك بالضرورة أن التغيرات فى التوتر العضلى غير متضمنة فى خبرة الصداع ، ولكنها توحى ، على الرغم من ذلك ، أنه لاتوجد علاقة مباشره بين رسام العضلة وبين الخبرة الذاتية للألم . وهو مايمكن توقعه من نظرية للألم بوصفه خبرة تتضمن نشاطا فى ثلاثة نظم يحتمل أنها متعارضة . والخلاصه المهمة من هذه الملاحظات هى أن قياس المتغيرات الفسيولوجية ، حتى بالنسبة لحالات اعتقد تقليديا أنها تلعب دورا سببيا فى تطور الألم قد لايكون مفيدا للأهداف التشخيصية على وجه الخصوص ، ومن المؤكد أن قياس المستوى الاستاتيكى للنشاط سيكون له قيمة محدودة فى التشخيص ، على الرغم من أن الاستجابات الفسيولوجية للتوترات قد تكون أكثر قيمة (Cohen et al ., 1978) . وقد تكون المعلومات الخاصة بالتغيرات فى علاقتها بالنظم الفسيولوجية باعتبارها وسيلة لمراقبة العمليات العلاجية المرتبطة بنتائج معينة مشوقة بقدر ما .

References

Andrasik, F. and Holroyd, K. A. (1980) 'Reliability and Concurrent Validity of Headache Questionnaire Data', *Headache* 20: 44–6.

Bergner, M., Bobbitt, R. A. and Pollard, W. E. (1976) 'The Sickness Impact Profile: validation of the health status measure', *Medical Care* 14: 56–67.

Bonica, J. J. (1977a) *Advances in Neurology: International Symposium on Pain*, New York: Raven Press.

Bonica, J. J. (1977b) 'Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain', *Archives of Surgery* 112: 750–61.

Brown, G. K., and Nicassio, P. M. (1987) 'The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients', *Pain* 31: 53–65.

Byrne, M., Troy, A., Bradley, L. A., Marchisello, P. J., Geisinger, K. F., Van der Heide, L. and Prieto, E. J. (1982) 'Cross validation of the factor structure of the McGill Pain Questionnaire', *Pain* 13: 193–201.

Cairns, D., Thomas, L., Mooney, V. and Pace, J. B. (1976) 'A comprehensive treatment approach to chronic low back pain', *Pain* 2: 301–8.

Cohen, M. J., Riddes, W. H. and McArthur, O. L. (1978) 'Evidence for physiological response stereotopy in migraine headache', *Psychosomatic Medicine* 40: 344–9.

Collins, F. L. and Thompson, J. K. (1979) 'Reliability and standardisation in the assessment of self-reported headache pain', *Journal of Behavioural Assessment* 1: 73–86.

Cott, A., Anchel, H., Goldberg, W. M., Fabich, M. and Parkinson, W. (1990) 'Non-institutional treatment of chronic pain by field management: an outcome study with comparison group', *Pain* 40: 183–94.

Coyne, J. C. and Holroyd, K. (forthcoming) 'Stress, coping and illness: a transactional perspective', in T. Millon, C. Green and R. Meagher (eds) *Handbook of Health Care Clinical Psychology*, New York: Plenum Press.

Crue, B. L. and Carregal, E. J. A. (1975) 'Pain begins in the dorsal horn – with a proposed classification of the primary senses', in B. L. Crue (ed.) *Pain: Research and Treatment*, New York: Academic Press.

Deardoff, W. W., Rubin, H. S., and Scott, D. W., (1991) 'Comprehensive multi-disciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups', *Pain* 45: 35–43.

Dubuisson, D. and Melzack, R. (1976) 'Classification of clinical pain descriptors by multiple group discriminant analysis', *Experimental Neurology* 51: 480–7.

Edwards. L. (1992) 'An Investigation of Cognitive Processes in Chronic Pain', unpublished Ph.D. thesis, University of London.

Engel, G. L., (1959) 'Psychogenic pain and the pain prone patient', *American Journal of Medicine* 26: 899–918.

Flor, H. and Turk, D. C. (1988) 'Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables', *Journal of Behavioral Medicine* 11: 251–65.

Follick, M. M., Ahearn, D. and Laser-Wolston, N. (1984) 'Evaluation of a daily diary for chronic pain patients', *Pain* 19: 377–82.

Follick, M. J., Smith, T. W. and Ahern, D. K. (1985) 'The Sickness Impact Profile: a global measure of disability in chronic low back pain', *Pain* 21: 67–76.

Fordyce, W. E. (1976) *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*, St Louis: C.V. Mosby.

Fordyce, W. E. (1978) 'Learning processes in pain', in Sternbach R A (ed.) *The Psychology of Pain*, Raven Press, New York.

Fordyce, W. E., Brena, S. F., Holcomb, R. J., DeLateur, B. J. and Loeser, J. D. (1978) 'Relationship of patient semantic pain descriptions to physician diagnostic judgements, activity level measurements and MMPI', *Pain* 5: 293–303.

Fordyce, W. E., Lansky, D., Calsyn, D. A., Shelton, J. L., Stolov, W. C. and Rock, O. L., (1984) 'Pain measurement and pain behaviour', *Pain* 10: 53–69.

Gracely, R. J. (1979) 'Psychophysical assessment of human pain', *Advances in Pain Research and Therapy* 3: 805–24.

Gracely, R. J. (1980) 'Psychological assessment of human pain', in J. J. Bonica and D. Albe-Fessard (eds) *Advances in Pain Research and Therapy*, New York: Raven Press.

Gracely, R. H., McGrath, P. and Dubner, R. (1978) 'Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors', *Pain* 5: 5–18.

Hanvik, L. J. (1951) 'MMPI profiles in patients with low back pain', *Journal of Consulting Psychology* 15: 350–3.

Hardy, J. D., Wolff, H. G., and Goodell, H. (1952) 'Pain sensations and reactions', New York: Hafner Publishing.

Harris, F. C. and Lahey, B. B. (1982) 'Recording system bias in direct observational methodology: a review and critical analysis of factors causing inaccurate coding behaviour', *Clinical Psychology Review* 2: 539–57.

Holmes, T. H. and Wolff, H. G. (1952) 'Life situations, emotions and backache', *Psychosomatic Medicine* 14: 18–33.

Izard, C. E. and Dougherty, A. (1982) 'Two complementary systems in measuring facial expressions in infants and children', in C. E. Izard (ed.) *Measuring Emotions in Infants and Children*, Cambridge: Cambridge University Press (56–73).

Jenson, M. P., Karoly, P. and Huger, R. (1987) 'The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitude toward pain', *Journal of Psychomatic Research* 31: 393–400.

Jenson, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. and Karoly, P. (1991) 'Coping with chronic pain: a review of the literature', *Pain* 47(3): 249–83.

Jones, A. K. P., Friston, K. J., Qi, L. Y., Harris, M., Cunningham, V. J., Jones, T., Feinman, C. and Frackowiak, R. S. J. (1991) 'The sites of action on the human brain studied with positron emission tomography', *Lancet* 338: 825.

Joyce, C. B., Zutshi, D. W., Hrubes, V. and Mason, R. M. (1975) 'Comparison of Fixed Interval and Visual Analog Scales for rating chronic pain', *European Journal of Clinical Pharmacology* 8: 415–20.

Karoly, P. (1982) 'Cognitive Assessment in Behavioural Medicine', *Clinical Psychology Review* 2: 421–34.

Karoly, P. (ed.) (1985) *The Assessment of Pain: Concepts and Procedures in Management Strategies in Health Psychology*, New York: Wiley.

Keefe, F. J. and Block. A. R. (1982) 'Development of an observation method for assessing pain behaviour in chronic low back pain patients', *Clinical Psychology Revue* 9: 549–68.

Keefe, F. J., Brown, C., Scott, D. S. and Ziesat, H. (1962) 'Behavioural assessment of chronic pain', in F. J. Keefe and J. A. Blumenthal (eds) *Assessment Strategies in Behavioural Medicine*, New York: Grune and Stratton (Ch. 11).

Kremer, E. F., Atkinson, J. H. and Ignetzi, R. J. (1982) 'Pain measurement: the Affective Dimensional Measure of the McGill Pain Questionnaire with a cancer pain population', *Pain* 12: 153–64.

Lazarus, R. A. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*, New York: Springer.

Leventhal, H. (1984) 'A perceptual-motor theory of emotion', *Advances in Experimental Social Psychology* 17: 117–83.

McMahon, S. B. and Wall, P. D. (1988) 'Descending inhibition and excitation of spinal cord lamina I projection neurones', *Journal of Neurophysiology* 59: 1204–19.
Martin, P. and Mathews, A. M. (1978) 'Tension Headaches: a psychophysiological investigation and treatment', *Journal of Psychosomatic Research* 22: 389–99.
Melzack, R. (1973) *The Puzzle of Pain*, New York: Basic Books.
Melzack, R. (1975) 'The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods', *Pain* 1: 275–99.
Melzack, R. and Katz, M. (1992) 'The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status', in D. C. Turk and R. Melzack (eds) *The Handbook of Pain Assessment*, New York: Guildford Publications.
Melzack, R. and Wall, P. D. (1965) 'Pain mechanisms: a new theory', *Science*, 150: 971–9.
Melzack, R. and Wall, P. D. (1988) *The Challenge of Pain*, 2nd edn, London: Penguin Books.
Melzack, R. and Wall, P. D. (1989) *Textbook of Pain*, London: Churchill Livingstone.
Mountcastle, V. B. (1974) 'Pain and Temperature Sensibilities', in V. B. Mountcastle (ed.) *Medical Physiology*, St Louis: C. V. Mosby.
Nicassio, P. M., Wallston, K. A., Callahan, L. F., Herbert, M. and Pincus, T. (1985) 'The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis', *Journal of Rheumatology* 12: 462–7.
Pearce, S. and Erskine, E. (1989) 'Chronic pain' in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: BPS Books/Oxford University Press.
Pearce, S. and Morley, S. (1981) 'An experimental investigation of pain production in headache patients', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 275–81.
Philips, C. (1977) 'The modification of tension headache using EMG feedback', *Behavioural Research Therapy* 15: 119–29.
Philips, H. C. (1987) 'Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain', *Behaviour Research and Therapy* 25: 273–9.
Pollard, W. E., Bobbitt, R. A., Bergner, M., Marsh, D. P. and Gilson, B. S. (1976) 'The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure', *Medical Care* 14: 146–55.
Price, D. D. and Harkins, S. W. (1987) 'The combined use of visual analogue scales and experimental pain in providing standardized assessment of clinical pain', *Clinical Journal of Pain* 3: 1–8.
Price, D. D., McGrath, P. N., Raffi, A. and Buckingham, B. (1983) 'Validation of visual analogue scales as ratio scales measures for chronic and experimental pain, *Pain* 17: 45–56.
Price, D. D., Harkins, S. W. and Baker, C. (1987) 'Sensory affective relationship among different types of clinical and experimental pain', *Pain* 28: 297–307.
Prieto, E. J., Hopson, L., Bradley, L. A., Byrne, M., Geisinger, K. F., Midax, D. and Marchisello, P. J. (1980) 'The language of low back pain: factor structure of the McGill Pain Questionnaire', *Pain* 8: 11–19.
Reading, A. E. (1982) 'A comparison of the McGill Pain Questionnaire in chronic and acute pain', *Pain* 13: 185–92.
Reading, A. E. (1983) 'Testing pain mechanisms in persons in pain', in P. D. Wall and R. Melzack (eds) (1989) *Textbook of Pain*, London: Churchill Livingstone.
Reading, A. E., Evertt, B. S. and Sledmere, C. M. (1982) 'The McGill Pain Questionnaire: a replication of its construction', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 339.
Richards, J. S., Nepomuceno, C., Riles, M. and Suer, Z. (1982) 'Assessing pain behaviour: the UAB pain behaviour scale', *Pain* 14: 393–8.
Rudy, T. E., Kerns, R. D. and Turk, D. C. (1988) 'Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioural mediation model', *Pain* 35: 129–40.

Rybstein-Blinchik, E. (1979) 'Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience', *Journal of Behavioral Medicine* 2: 93–101.
Sanders, S. H. (1983) 'Automated versus self-monitoring of the "Up-Time" in chronic low back pain patients: a comparative study', *Pain* 15: 399–407.
Saunders, K. J., Goldstein, M. K. and Stein, G. H. (1978) 'Automated measurement of patient activity on a hospital rehabilitation ward', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 59: 255–7.
Scott, J. and Huskisson, E. C. (1976) 'Graphic representation of pain', *Pain* 2: 175–84.
Skevington, S. M. (1990) 'A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study', *Psychology and Health* 4: 221–32.
Spielberger, C. D., Gorush, R. L. and Lushene, R. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist's Press.
Sternbach, R. A. (1974) *Pain Patients: Traits and Treatments*, New York: Academic Press.
Sternbach, R. A. (1978) 'Clinical aspects of pain', in R. A. Sternbach (ed.) *The Psychology of Pain*, New York: Raven Press.
Sternbach, R. A. (1986) 'Pain and daily "Hassles" in the USA: findings of the Nuprin Pain Report', *Pain* 27: 69–80.
Sternbach, R. A. and Timmermans, G. (1975) 'Personality changes associated with reduction of Pain', *Pain* 1: 177–81.
Sternbach, R. A., Wolf, S. R., Murphy, R. W. and Akeson, W. H. (1973) 'Traits of pain patients: the low back "Loser"', *Psychosomatics* 14: 226–9.
Sternbach, R. A., Deems, L. M., Timmermans, G. and Huey, L. Y. (1977) 'On the sensitivity of the Tourniquet Pain Test', *Pain* 3: 105–10.
Strong, J., Ashton, R., Cramond, T. and Chant, D. (1990) 'Pain intensity, attitude and function in low back pain patients', *Australian Journal of Occupational Therapy* 37: 179–83.
Swanson, D. W., Maruta, T. and Swenson, W. M. (1979) 'Results of behaviour modification in the treatment of chronic pain', *Psychosomatic Medicine* 41: 55–61.
Sweet, W. H. (1980) 'Central mechanisms of chronic pain (neuralgias and certain other neurogenic pain)', in J. Bonica (ed.) *Pain: Association for Research in Nervous and Mental Diseases, Vol. 58*, New York: Raven Press.
Torgerson, W. S. (1986) *Critical Issues in Verbal Pain Assessment: Multidimensional and Multivariate Issues*, Washington DC: American Pain Society.
Turk, D. L., Rudy, T. E. and Saveloy, P. (1985) 'The McGill Pain Questionnaire reconsidered: confirming the factor structure and examining appropriate uses', *Pain* 21: 385–97.
Turner, J. A. (1982) 'Comparison of group progressive – relaxation training and cognitive-behavioural group therapy for chronic low back pain', *Journal Consulting and Clinical Psychology* 50: 757–65.
Wall, P. D. (1976) 'Modulation of pain by non-painful events', in J. J. Bonica and D. Albe-Fessard (eds) *Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 1*, New York: Raven Press.
Wall, P. W. (1979) 'On the relation of injury to pain', *Pain* 6: 253–60.
Wallston, K. A. and Wallston, B. S. (1978) 'Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale', *Health Education Monographs* 6: 160–70.
Wolf, S. L. and Basmajian, J. V. (1978) 'Assessment of paraspinal electromyographic activity in normal subjects and in chronic back pain patients using muscle biofeedback devoice', in E. Asmussen and K. Jorgenson (eds) *Biomechanics VI. Proceedings of the Sixth International Congress of Biomechanics*, Baltimore: University Park Press.
Wolf, S. L., Nacht, M. and Kelly, J. L. (1982) 'EMG feedback training during dynamic movement for low back pain patients', *Behavior Therapy* 123: 395–496.

Wolff, B. B. (1978) 'Behavioural measurement of human pain', in R. A. Sternbach (ed.) *The Psychology of Pain*, New York: Raven Press.

Zarkowska, E. A. (1981) 'The relationship between subjective and behavioural aspects of pain in people suffering from low back pain', unpublished M. Phil dissertation, University of London.

Zigmund, A. S. and Snaith, R. P. (1983) 'The Hospital Anxiety and Depression Scale', *Acta Psychiatrica Scandinavia* 67: 361–70.

الفصل الثالث والثلاثون

المناحى النفسية لتدبر الألم المزمن

Chronic Pain : Psychological appoaches to mangement

شيرلى بيرس   جويس مايز

Shirley Pearce and Joyce Mays

الفصل الثالث والثلاثون
المناحى النفسية لتدبر الألم المزمن

شيرلي بيرس جويس مايز
Shirley Pearce and Joyce Mays

مقدمة

يعد تدبر الألم المزمن أحد أكبر التحديات الأكثر صعوبة التى تواجه المهنيين فى مجال الرعاية الصحية . فبينما تستجيب الكثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات الطبية النمطية ، وتحل بنجاح لدى الكثير من المرضى . إلا أن الألم قد يصبح مزمنا وغير مستجيب لأيه وسيلة مفردة من وسائل العلاج . ومع مقاومة حالة الألم يصبح المرضى يائسين من الشفاء ، وهو الأمر الذى يؤدى إلى زيادة كبيرة في مخاطر التعقيدات الطبية المنشأ . ولايمكن تقدير تكلفة الألم المزمن من منظور معاناة المرضى فقط ، بل من منظور العوامل الاجتماعية الاقتصادية أيضا ، التى تتضمن نقص الأداء الوظيفى ، والمشكلات العائلية المصاحبة ، ونفقات الرعاية الصحية المتزايدة (Strenbach , 1986) .

وقد أصبح من المقبول الآن تماما النظر إلى الألم باعتباره ظاهرة متعددة الأبعاد ، يتضمن مكونات حسية ووجدانية ودافعية ومعرفية . ويحتمل أن تصبح المدخلات المؤله أقل أهمية فى التأثير على المعاناة وسلوك الألم عندما يصبح الألم مقاوما ، بينما تظل المجالات الأخرى أكثر سيطرة .

وقد تطور تدبر الألم المزمن أساسا فى ضوء علاقته بنمو الوعى أن الألم المزمن لايستجيب للعلاجات أحادية البعد ، وأنه يستمر نتيجة لعوامل متعددة . واستجابة لهذا الوعى نشأت مجموعة متنوعة من المناحى العلاجية سيتم وصفها فى هذا الفصل إلى جانب تلخيص للوضع الراهن لنتائج البحوث فى هذا المجال . ولن نحاول تقديم مراجعة شاملة لنتائج التراث البحثى ، طالما أن العديد من المراجعات لهذا المجال متاحة بالفعل (Genson et al ., 1991 ; Latimer , 1982 ; Linton , 1982 ; Pearce , 1983 ; Turner and Chapman , 1982 , a ; b) . كما لن نصف أساليب مثل الاسترخاء والعائد البيولوجى والتى تستخدم على نطاق واسع فى مجالات أخرى ، والتى غطيت فى أجزاء أخرى من هذا المجلد بالتفصيل . وسيمنح الاهتمام الأكبر لوصف مناحى مثل التدبر التوافقى(1) والتدخل المعرفى والتى تتضمن تطبيقاتها فى مجال الألم المزمن مشكلات مختلفة عن تلك التى توجد فى المجالات الأخرى لعلم النفس الإكلينيكى . وسيتم تصنيف الأساليب النفسية فى الفئات التى تتعلق أوليا بالمكونات السلوكية والمعرفية والفسيولوجية للألم على الترتيب . وسيتم أخيرا تقديم الخطوط العريضة للمشكلات المنهجية التى

(1) Contingency mangement .

تحد من الاستخلاصات الخاصة بقوة وطبيعة العلاقة بين استراتيجيات التغلب والتوافق لدى مرضى الألم المزمن .

تعديل سلوكيات الألم

اشتق التطور الذى حدث فى مناحى التدبر التوافقى لعلاج الألم المزمن من وجهة نظر فورديس Fordyce عن الألم المزمن باعتباره مشكلة سلوكية أساساً ويرى فورديس أن سلوك الألم قد يستمر فى بعض الحالات بدرجة كبيرة نتيجةلمترتباته التدعيميه ، وليس نتيجة للعمليات الفسيولوجية الكامنة . ويستخدم الآن على نطاق واسع تعبير سلوكيات الألم للإشارة إلى كل من الاستجابات المتُعلمة وغير المتعلمة والاستجابات التشريطية الفعالة (١) والتى تعزى إلى سلوك الألم المزمن وتشكله . ومن بين المتغيرات البيئية ذات العلاقة التى دائما ماتناقش والتى يمكن أن تقوى من المرض :١) تدعيم الآخرين ذوى الأهمية لدى المريض لسلوك الألم. ٢) سلوك التجنب فى صورة الحد من الممارسات والعمل وحتى الانشطة اليومية الروتينية . ٣) التقاضى ونظم حماية الدخل (أى الدخل المرافق لحالة العجز). ٤) التعطل أو الفشل فى العودة إلى العمل الذى يلى العلاج أو الشفاء . وقد يتدعم سلوك الألم إما ايجابيًا من خلال العوامل الاجتماعية مثل اهتمام ورعايه أفراد الأسرة على سبيل المثال ، أو سلبيا من خلال تجنب المسئوليات أو عدم الرغبة فى تحملها على سبيل المثال . وتهدف برامج التعلم الإشراطى الفعال إلى زيادة تكرار السلوك الحسن والإقلال من سلوك الألم ، ولايعد خفض حدة الألم من الأهداف . وبصفة عامة يفسر للمريض ، فى الممارسة الإكلينيكية ، أن البرنامج لايهدف إلى إزالة الألم ولكنه يهدف بالأحرى إلى المساعدة فى التغلب عليه بصورة أفضل ، وأن يواصل المرضى الأنشطة العادية بالرغم منه . وهناك فرض كامن وراء ذلك هو أنه ما أن يصبح المريض نشطا مرة أخرى ومنخرطا فى أنشطة مشتتة للألم بقدر أكبر حتى يتناقص الإنتباه لإحساسات الألم ، وبالتالى تنقص شدة الألم . ويصف فوردايس Fordyce (1976) بالتفصيل الأسلوب الذى يتبع لتحقيق هذه الأهداف . ويتلخص ذلك فى إلحاق المرضى ببرامج متخصصة لفترات تتراوح بين أسبوعين وستة أسابيع . لايعير الفريق المعالج خلالها أى انتباه لسلوك الألم أو المطالب الخاصة بالمسكنات ، ولكنه يوفر قدراً هاما من الدعم الاجتماعى للسلوكيات الحسنة المستهدفة . وقد طورت برامج علاج طبيعى لزيادة مستوى أنشطة المريض ، ويتحدد مقدار التمرينات اليومية على أساس مستويات التحمل الأساسية للمرضى . ويتزايد مقدار النشاط يومًا بعد يوم إلى أن يصبح المريض قادرا على تحقيق مستوى يزيد عما بدأ به ، ويتم تسجيل التقدم بيانيا مع تحقيق زيادة فى اهتمام فريق العلاج ، أو فى الأحداث المرغوبة التى تتوافق مع الاستكمال الناجح لمقدار النشاط اليومى المحدد .

وهناك بعض الدعم لفكرة أن سلوكيات الألم ومستويات النشاط لدى مرضى الألم المزمن يمكن التحكم فيها ، من خلال تبديل التدعيمات التوافقية بهذه الطريقة . وقدم ماك آرثر وزملاؤه Mc Arthur et al . (1987) مراجعة لبعض البحوث التى تناولت تأثير مستوى الأنشطة الخاصة بالدعم الاجتماعى المتوافق . وعادة مايلحق المرضى ببرامج تدبر سلوك الألم ، ويسلكون من خلال تيسيرات العلاج داخل المستشفى لمدة قصيرة (أربعة إلى ستة أسابيع على سبيل المثال) ، ويمكن لمثل هذه البرامج أن تؤدى إلى نتائج درامية ، غير أنها كثيرا ماتفشل فى تحقيق قدر ملائم من الاستمرار خلال مرحلة المتابعة (Keefe

---

(1) Operant responses .

and Gill , 1985) . وقد يوحى ذلك أنه علي الرغم من أن مستويات النشاط يمكن تبديلها من خلال المعالجة البيئية ، فإن أى منحى علاجى يعتمد فقط على هذا الأسلوب يحتمل أن يتضمن مشكلات جوهرية تتعلق بعمومية نتائجه خارج نطاق البيئة العلاجية.

ويعد خفض مستويات تعاطى العقاقير هدفاً هاماً كذلك لبرامج التشريط الفعال . ويتم ذلك من خلال تحديد المتطلبات الأولية من العقاقير من خلال وضع المريض على قائمة تشريط فعال حرة لأيام قليلة فور دخوله المستشفى ويقدم مقدار العقاقير المطلوبة للمريض فى محلول ذى نكهة قوية يدعى كوكتيل (خليط) الألم (١) لايستطيع المريض أن يعرف من شكله أو مذاقه مقدار قوة المزيج ، ويقدم كوكتيل الألم فى وقت محدد ، وليس فى وقت متوافق مع الألم ، ويحصل عليه المريض كل أربع ساعات سواء كان يعانى من الألم أم لا ، وعندما يرفضه فعليه أن ينتظر حتى وقت الجرعة التالية . وبهذه الطريقة يتم كسر العلاقة بين الألم والدواء . وتنقص المكونات الفعالة فى كوكتيل الألم تدريجياً ، حيث يصبح مع وقت خروج المريض من المستشفى محتوياً على العناصر غير الفعالة فقط .

المنهج المتعدد

أصبحت برامج العلاج داخل المستشفى منتشرة فى الولايات المتحدة منذ هذة الدراسة المبكرة التى فحصت أساليب الإشراط الفعال ، وامتدت متجاوزه الاعتماد على أساليب التدبر التوافقى وزيادة النشاط لتتضمن مجموعة من العلاجات النفسية مثال ذلك العلاج الجمعى والعائد البيولوجى وميكانيكية الجسم والتدريب على الاسترخاء والتعلم .

وعادة مايختلط تقييم هذه البرامج بتضمين مجموعة من المكونات العلاجية بالبرامج التشريطية الفعالة ، وأحد أمثله مثل هذه الدراسات الخاصة بنتائج مثل هذا الأسلوب المتعدد قدمها سيرز ونيومان Seres and Newman (1976) وقد وصفا تحسن مئة مريض فى برنامج علاجى يتضمن تشريطا فعالا مع علاج طبيعى ، وميكانيكية الجسم ، وعائد بيولوجى ، وتدريب على الاسترخاء ، وتعليم . وبالرغم من نتائجهما الإيجابية فإن دراسة غير مضبوطة من هذا النوع توفر معلومات قليلة حول الفعالية النسبية لأى من مكوناتها . وبالرغم من قيام الدراسات الأكثر حداثة على برامج ومتابعة مضبوطة وأساليب تقييم مقبولة فإنها مازالت تعكس مشكلات مشابهة متأصلة فى البرامج متعددة الأساليب . مثال ذلك أن ماك آرثر وزملاؤه (1987) Mc Arthur et al . قدموا متابعة لعينة كبيرة من مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة منذ دخولهم المستشفى وحتى علاجهم ببرامج متعددة وخلال فترة المتابعة الأولية الممتدة لستة أشهر وحتى خمس سنوات من العلاج ، وقد تحققت النتائج المطلوبة عند العديد من المستجيبين ولوحظت درجة جيدة من الاستقرار على الكثير من المقاييس . وتضمنت الأساليب العلاجية المستخدمة فى البرامج عائداً بيولوجيا ، وعلاجا نفسيا قائما على الإعزاء ، وتحكماً فى خفض الدواء ، وإعادة تشريط بدنى ، وإرشادا مهنيا ، وعروضاً تعليمية ، وعلاجاً استجماميا ، وتدريباً على التوكيدية .

قضايا التصميمات التجريبية

عزل المتغيرات الفعالة

من الواضح أن هناك تحدياً للباحثين فى الكثير من الأساليب العلاجيه أن يقوموا بعزل تلك المتغيرات التى قد تكون الأكثر تاثيرا . وقد قام ساندرز (1983) Sanders بإحدى مثل هذه المحاولات

(1) Pain Cocktail .

حيث استخدم تحليل المكونات لبرنامج علاج بالإشراط الفعال ، وتصميما لدراسة حالة فردية ذات نقاط أساس متعددة للمقارنة بين الاسترخاء ، وبرنامجاً للأنشطة الفعالة ، والتوكيدية ، وتحليلا وظيفيا للألم . واستخدمت فى الدراسه مقاييس للوقت المنقضى ، وتقارير الألم ، واستهلاك العقاقير لتقييم التغير . وقد أظهرت النتائج أن الاسترخاء كان صاحب الإسهام الأكبر فى التحسن الكلى يليه برنامج الأنشطة التشريطية الفعالة . ويرى جنسن وزملاؤه (1991) . Jensen et al فى مراجعة نقدية شاملة أن ندرة التصميمات التجريبية السليمة التى يمكن استخدامها ببراعة كبيرة جزئيا كتلك التصميمات الخاصة بالحالة الفردية هى التى يمكن أن توفر بيانات تلائم بصورة فريدة فهم عمليات التغلب الفردية عبر الوقت . وقد قدم تيرنر وتشابمان (Turner and Chapman (1982b ولنتون Linton وكيرنزوتيرك Kerns) (and Turk 1983 وليتمر Laitimer (1982) مراجعة للدراسات الأخرى التى حاولت تقييم أساليب الإشراط الفعال .

المجموعات الضابطة :

بالإضافة إلى مشكلة المكونات المتعددة ، استخدم عدد قليل من الدراسات مجموعات ضابطة لاتتلقى علاجها . وكانت دراسة روبرتس ورينهارت (Roberts and Reinhardt (1980 من بين الدراسات المبكرة التى استخدمت مجموعة من نوع ما للمقارنة . وقد قارنا تحسن ثلاث مجموعات من المرضى : الأولى مجموعة من قبلوا فى برنامج للإشراط الفعال ، والثانية ممن رفضوا العلاج ، والثالثة هم من استبعدوا من العلاج . ومن الواضح أن هذه المجموعات لاتقبل المقارنة فيما بينها ، ومن غير المثير للدهشة أن نجد أن أداء مجموعة العلاج كان أفضل من المجموعتين الأخرتين على مقاييس التوافق ، ومقاييس متابعة الوضع المهنى ، كما أظهروا أيضا انخفاضا كبيرا فى تقاريرهم الذاتية حول تعاطى الأدويه وتقديراتهم لتدخل الألم فى أنشطتهم .

واستخدم جوك وزملاؤه (1985) . Guck et al فى فترة أحدث مقارنة مع مجموعة لم تتلق علاجا بعد فحص المرضى في برنامج علاج من الألم داخل المستشفى ، وكان أفراد مجموعة المقارنة قد قبلوا فى برنامج العلاج دون أن تتوفر لهم القدره المالية أو الغطاء التأمينى لبدء علاجهم . واعتبر ٦٠ فى المئه من مجموعة العلاج ناجحين وفق محك روبرتس ورينهارت ، وفى المقابل لم يحقق أى من أفراد مجموعة المقارنة هذا المحك . وبينما كان أفراد مجموعة المقارنة فى دراسة جوك Guck يظهرون تحسنا أفضل من أفراد المجموعة المرفوضة إلا أنه تظل هناك فروقا فى الوضع الاجتماعى الاقتصادى والعمر بين مجموعتى العلاج واللاعلاج والتى يمكن إدعاء أنها تدحض النتائج . وبالمثل قارن ديردوف وزملاؤه (1991) . Deardoff et al بين مرضى للألم المزمن عولجو من خلال برنامج شامل متعدد النظم للألم وبين مجموعة من المرضى قبلو فى البرنامج ولم يعالجوا نتيجة لعدم توفر تأمين العلاج ، وأجريت المقارنات للتقييم على امتداد فترة متابعة امتدت لأحد عشر شهرا تالية فى المتوسط . وأظهرت مجموعتا العلاج واللاعلاج انخفاضا جوهريا فى التقديرات الذاتية للألم خلال فترات التقييم والمتابعة الطويلة ومدى تدخله فى أوجه النشاط . وعلى الرغم من ذلك أظهرت مجموعة العلاج وحدها انخفاضا فى استخدام أدوية الادمان وزيادة فى الأداء الوظيفى . وكانت معدلات العودة للعمل بين مجموعة العلاج ٤٨ فى المئة ، مع ٢٨ فى المئة إضافية للمرضى الذين عادوا للتأهيل المهنى ، ولم يعد مريض واحد من مجموعة اللاعلاج للعمل أو للتأهيل المهنى .

مجموعات مقارنة بديلة

بينما الاتجاه السائد فى الولايات المتحدة هو للعلاج أثناء الإقامة بالمستشفى ، فإن برامج العلاج فى المملكه المتحدة تعكس فروقا أساسية فى مجال الرعاية الصحية إذ يعزى إلى الموارد والإمكانات المحدودة المتاحة للأخصائيين النفسيين فيها صعوبة تطوير منحى متسق للعلاج . وقد أدى ذلك فى بعض الحالات إلى العلاج الخارجى للمرضى وقد قيم سكينر وزملاؤه (1990) . Skinner et al العلاج السلوكى المعرفى لمرضى الألم المزمن الخارجيين وذكروا أن البرنامج الذى شغل فتره مابعد الظهيرة مرة واحدة فى الأسبوع لمده ثمانية أسابيع وتم بواسطة فريق متعدد النظم ، هدف إلى زيادة مهارات المرضى للتغلب على الألم المزمن ومترتباته الاجتماعية والانفعالية والفيزيقية ، وأن نتائجه تكافئ مع ماتوصلت إليه الدراسات فى الولايات المتحدة مع المرضى الذين يظهرون زيادة فى النشاط وتحسنا فى الحالة المزاجية ، وزيادة فى مهارات التغلب ، ونقص فى استخدام العقاقير وفى الإعاقة البدنية من خلال تقييم علي امتداد فترة متابعة امتدت لشهر واحد . وفى متابعة امتدت لفترة أطول لهذه الدراسة ، تضمن برنامج العلاج الخارجى لمرضى الألم المزمن ، مقارنة اضافية لبرنامج علاجى جماعى ببرنامج علاجى فردى لمرضى خارجيين فى محاولة لعزل المتغيرات التى يمكن أن يعزى إليها النجاح فى هذا البرنامج .

والواقع أن مواقف العلاج الخارجية قد تكون لها بعض المزايا مقارنة بالبرامج التى تتم داخل المستشفى ، والتى مازالت مفضلة حاليا فى الولايات المتحدة من حيث إنها قد تتغلب جزئيا على بعض المشكلات المتعلقه بتعميم النتائج . فبينما قد تؤدى البرامج التى تجرى داخل المستشفى إلى نتائج مثيرة على المدى القريب ، إلا أن التحسن لايستمر دائما عندما يعود المريض إلى بيئة حياته اليومية حيث تظل الأسرة والتدعيمات الاجتماعية متعلقة .

وتعنى برامج العلاج الخارجية من ناحية أخرى أن المرضى يجب أن يتعاملوا مع الصعوبات اليومية فى بيئتهم الطبيعية أثناء وجودهم فى البرنامج . وقد يساعد التدعيم خلال مثل هذه البرامج على بدء ومواصلة التغيرات فى ديناميات الأسرة والمجتمع بالإضافة إلى الأنشطة اليومية وهو مايمكن أن يساعد على كسر أنماط التدعيمات السلبية والإيجابيه لسلوك الألم . وقد امتدت هذه الوجهة من النظر إلى البرامج التى تجرى فى البيت . وتجرى المقارنة حاليا فى الولايات المتحدة بين مزايا البرامج المنزلية وبرامج المرضى الخارجيين . وقد قارن كوت وزملاؤه (1990) . Cott et al بين مرضى أكملوا برنامجا متعدد النظم للمرضى الخارجيين بمجموعة تلقت « تدبرا ميدانيا » (١) بالإضافة إلى ذلك . والتدبر الميدانى من خلال استخدام مرشدين ميدانيين مدربين عبارة عن آليه (ميكانيزم) يتم من خلالها تطبيق تدخلات متعددة النظم فى مواقف غير مؤسسية (٢). ويأتى المرشدون الميدانيون من خلفيات تطبيقية متنوعة مثل علم النفس والتعليم ، والتمريض ، والتربية البدنيه ويدربهم أخصائيون نفسيون سلوكيون على مبادئ التحليل السلوكى الموضوعى ، والمفاهيم التأهيلية السلوكية والمعرفية المعيارية ، ونموذج التمييز بين المرض والعلة (٣).

وتتضمن الزيارات الميدانية لمنازل المرضى فى دراسة كوت وزملائه (1990) . Cott et al أنشطة تهدف لتقييم وتعديل الإمكانات الوظيفية ، واللياقة العامة ، وسلوك المرض ، كما تتم أيضا ملاحظة

(1) Field management .
(2) Non - institutional .
(3) Disease - illness distinction model .

استجابات المريض للألم ، واستجابات الأفراد المهمين للمريض فى العائلة لسلوك المرض . ولهذه الملاحظات السلوكية التى تتم فى البيت وموقع العمل أو أيهما قيمة لتحديد : أ) المستوى الحقيقى للأداء . ب) الدرجة التى تتشكل بها البيئة المنزلية لتشجيع العجز (مثال ذلك من يقوم بالأعمال المنزلية). جـ) الدرجة التى يكون بها أى قصور فى النشاط دالة للبيئة كما يتضح من التباين بين مدى أو طبيعة الأنشطة التى تؤدى فى البيت مقابل تلك التى تلاحظ فى العيادة أو موقع العمل . وبهذه الطريقة صمم برنامج علاجى مفصل باستخدام الاستراتيجيات القائمه على التعليم ، والتى تهدف إلى تحديد وتعديل التوافقات البيئيه المتعلقة والمكونات المعرفية غير التوافقية التى تؤدى إلى استمرار سلوك الألم لدى المريض .

وقد أظهرت نتائج مجموعة من مرضى التدبر الميدانى أن ٤٨ فى المئة حققوا نتائج ناجحة تحددت من خلال .

أ) العودة إلى العمل ب) انخفاض التقصير فى العمل والنشاط وأنشطة الحياة اليومية . وذلك مقارنة بنتائج ناجحة لـ ٦١ فى المئة من أولئك الذين أكملوا برنامجا علاجيا للمرضى الخارجيين . وقد قدم كورى وزملاؤه (1987) . Corey et al نتائج مشابهة باستخدام تدبر منزلى ، وحيث حقق ٦٩,٤ فى المئه أداء متحسنا ومستمرا خلال مرحلة متابعة امتدت لثلاثة عشر شهرا فى المتوسط .

الأساليب المعرفية :

لاستخدام استراتيجيات التغلب المعرفية للتأثير على معاناة الألم تاريخ طويل ، ويشير تعبير معرفى إلى أنها أساليب تؤثر فى الألم من خلال وسيط هو تفكير الشخص ، وهي تتميز عن الأساليب السلوكية التى تؤدى إلى تعديل السلوك الظاهر وعن التدخل الفيزيقى . وتتضمن الأحداث المعرفيه التى تعدل : عمليات الانتباه لدى الفرد ، والصور الذهنية أو التقارير الذاتية أو كليهما معا .

وقد توصل فيرنانديز وتيرك (Fernandez and Turk(1989 من دراسة شاملة لهما إلي أن عدم اتساق المفاهيم المستخدمة مثّل صعوبة كبرى فى مراجعتهما للترات ، حيث يستخدم العديد من المؤلفين تعبيرات مختلفة لما هو من الواضح أنه الاستراتيجية نفسها . ويريان أنه بينما يتعين أن تعمل التصنيفات الأولية التى طورت لاستراتيجيات التغلب بوصفها نقاط انطلاق ، إلا أنها ذاتية وعرضة لعدم الاتفاق بما يجعلها بوجه عام غير مفيدة .

ويفضل فيرناندز وتيرك تطوير الفئات التى سبق أن طورها واك ويترك (Wack and Turk 1984) باستخدام الأسلوب الإحصائى للأوزان المتعددة الأبعاد (١) لتطوير تصنيف مشتق تجريبيا للاستراتيجيات المعرفية ثم استخدام تحليل التجمعات (٢) بعد ذلك لتحديد ثمانية فئات لاستراتيجيات التغلب أطلق عليها الآتى :

١ - الصور الذهنية السارة .

٢ - النشاط الإيقاعى المعرفى .

٣ - التركيز الخارجى للانتباه .

٤ - تقدير الألم .

(1) Multidimensional Scaling .
(2) Cluster analysis .

٥ – التغلب الدرامى .

٦ – التخيل المحايد .

٧ – النشاط التنفسى .

٨ – النشاط السلوكى .

وإستعاد واك وتيرك (Wack and Turk (1984 فى دراسة تالية لهما هذه النتائج على مجموعة أخرى من المفحوصين . وقد استخدمت الفئات الستة الأولى لتصنيف الاستراتيجيات المعرفية ، حيث تتعلق الفئتان الأخيرتان بأساليب غير معرفية .

وقد صنفت الاستراتيجيات التى تتعلق باعادة توجيه الانتباه بعيدا عن المنبهات ، مثال ذلك النظر إلى مشاهد طبيعية أو مشاهدة التليفزيون ، باعتبارها تركيز خارجى للانتباه . والاستراتيجيات التى تتضمن تخيلا لكيفيات سواء كانت سارة أو غير سارة ، مثال ذلك تخيل الاستماع إلى محاضرة، باعتبارها تخيلا محايدا . والاستراتيجيات التى تتضمن أنساق درامية الطابع للسياق الذى يحدث فيه الألم، مثال ذلك تخيل تزايد الألم من جرح تعرض له الشخص فى مباراة لكره القدم ، صنفت على أنها تغلب درامى . وتلك التى تتضمن أنشطة ذات طبيعة تكرارية ونظامية ، مثال ذلك العد العكسى من ١٠٠ نزولا بثلاثة أرقام فى كل مرة ، صنفت على أنها نشاط معرفى إيقاعى . والاستراتيجيات التى تتضمن إعادة تقييم المنبه المؤلم بتعبيرات حسية موضوعية ، مثال ذلك التركيز على الاحساس بالتبلد المرتبط بالأذى الذى حدثه الماء البارد ، على أنه تقدير للألم . وتتضمن الفئة الاخيرة للخيالات السارة تلك الاستراتيجيات التى تتضمن تخيل بعض المشاهد أو الأحداث السارة مثل الجلوس بطريقة مريحة والإنصات إلى الموسيقى .

ويذكر فيرنانديز وتيرك فى تقييمها لكفاءة مثل هذه الاستراتيجيات المعرفيه للتغلب أن التحليل البعدى [(١)] لواحد وخمسين بحثا متعلقة يكشف أن ٨٥ فى المئة من البحوث أوضح أن الاستراتيجيات المعرفية كان لها تأثير إيجابى على تحمل الألم وعتبته أو الإقلال من تقديرات الألم مقارنة بالمجموعات الضابطه التى لم تتلق علاجا . كما أشارا أيضا إلى أن المجموعات الضابطة فى الكثير من هذه الدراسات لم تمنع من الاستخدام التلقائى لمثل هذه الاستراتيجيات . وقد وجدا بالإضافة إلى ذلك أن الاستراتيجيات المعرفيه وفرت ميزه جوهرية تتجاوز المتوقع (باستخدام العقاقير الزائفه [(٢)]) لدى العينات الضابطة . وبالنسبة للفروق النسبية بين كل أسلوب وآخر ، فبينما كانت كل فئة على حدة من فئات الاستراتيجيات تضعف من الألم بقدر جوهرى ، كانت الاستراتيجيات التخيلية أكثر ميلاً لأن تكون الأكثر تأثيرا ، بينما كانت الاستراتيجيات التى تتضمن مكونات معرفية تكرارية أو تقديرا للإحساسات المتعلقة بالألم هى الأقل تأثيرا.

ويتعين الإشاره إلى أن غالبية الدراسات التى اعتمدت عليها هذه النتائج تتعلق على نطاق واسع بالألم الحاد المستحدث فى المواقف المعمليه . وبينما لايقلل ذلك من فائدة الفئات التصنفية ، ولا من فائدة الاستراتيجيات المستخدمة مع مرضى الألم المزمن ، إلا أنه يتعين الحرص فى الاستنباط المباشر من هذه النتائج .

---

(1) Meta analysis .
(2) Placebo,.

ومن المعتقد أن فائدة الاستراتيجيات المعرفيه فى تحسين تاثير الألم يمكن تفسيره نظريا بمفاهيم نماذج العمليات المعرفية . مثال ذلك أن نماذج إمكانات الانتباه المحدود (١) التى اقترحها برودبنت Broadbent (1958) وشيفرين وشنيدر Shiffrin and Schneider (1977) وترايزمان Triesman (1964) توفر تفسيرا جديرا بالنظر للنتائج . وترى هذه النماذج أن الانتباه محدود من حيث الإمكانيه ، وإزاء مجموعة المنبهات المتنافسه يصبح الانتباه انتخابيًا من خلال تصفية أو استبعاد جزء من المعلومات الواردة .

ويقبل المرضى فى الممارسة الإكلينيكية التفسيرات التى تقوم على نماذج الانتباه ، والتى توفر مبررا للحاجة إلى تعلم الاستراتيجيات المعرفية ، وحيث يمكن النظر إلى استراتيجيات التغلب المعرفية باعتبارها تمس عن قرب مقدار الانتباه المتاح للألم ، بمعنى أن التشتت يحل بديلا عن تداول عمليات الألم، وبالتالى يخفض من الألم المدرك . ويحتمل أنه تفسر الكفاءة الفارقة لانماط الاستراتيجيات كما أوضحها فيرنانديز وتيرك بمفاهيم الانتباه أيضا . مثال ذلك انه وجد أن استراتيجيات التخيل تتفوق على تقدير الألم وقد يكون ذلك نتيجه لأنها تؤدى إلى قدر كبير من التشتت بعيدا عن احساسات الألم . وبالمثل ربما تكون عدم كفايه النشاط المعرفى الايقاعى راجعة لطبيعته التكرارية الرتيبة والتى لاتعد مثالية لجذب الانتباه .

وقد يصاحب عمليات الانتباه هذه أيضاً أنماط فريدة للنشاط الفسيولوجى . ويرى ميلزاك ووال Melzack and Wall (1982) أن الانتباه يمارس تأثيره المعدل للألم من خلال خفض التأثيرات اللحائيه على « بوابه » (٢) المسارات الخلفيه للعمود الفقرى (٣) ويشير أشتيربرج Achterberg (1984) إلى أن المراكز المخيه العليا تنشط خلال التخيل . ويرى فيرنانديز وتيرك أن هذه المراكز يمكن أن تمارس بدورها تاثيرات على « البوابه » عندما تستخدم هذه الاستراتيجيات اثناء الألم .

الأساليب المعرفية لتدبر التوتر

ظل التوتر يعد تاريخيا إما بمثابه حدث يتطلب توافق ، كأن يكون أحد أحداث الحياة الهامة ، أو بمثابة استجابة داخلية لدى الفرد ، مثل زياده معدل ضربات القلب او ضغط الدم . وقام لازاروس وفولكمان Lazarus and Folkman (1984) فى فتره أحدث بصياغة لمفهوم التوتر باعتباره يتضمن علاقه أو تداخلا بين الأحداث البيئية والاستجابات الفردية . وقد قُبلت هذه النظره العريضة للتوتر على نطاق واسع لأنها تجمع بين العوامل المتعددة التى يعتقد الان أنها تؤثر فى العمليات الخاصة بالتوتر .

ويرتبط التوتر بالألم المزمن بعدد من الطرق . أولا أوضح الباحثون وجود علاقة جوهرية بين معاناة التوتر وكل من الاحداث والظروف المؤلمة ، مثال ذلك أن الألم عرف فى إحدى الدراسات بواسطه ٣٥ فى المئه من افراد عينه من المتطوعين سحبت من المجتمع ممن يعانون من الأم اسفل الظهر باعتباره أكثر الجوانب المثيره للتوتر فى حياتهم . وبالمثل فإن بعض أكثر المترتبات شيوعا للألم المزمن مثل فقد الدخل ، والصعوبات الزواجيه هى مما يمكن النظر إليه فى حد ذاته باعتباره مصدر توتر جوهرى .

وقد استخدم عدد متزايد من الباحثين نماذج للتوتر والتغلب للمساعده على تفسير الفروق فى التوافق التى وجدت بين مرضى الألم المزمن . وعلى الرغم من بدء ظهور بعض النتائج الأوليه المتسقه ،

(1) Limited - Capicity models of attention .
(2) Gate .
(3) Dorsal horns of the Spinal Cord .

مثال ذلك أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يستطيعون التحكم فى ألمهم ، والذين يتجنبون اعتبار حالتهم مفجعة ، وأولئك الذين يعتقدون أنهم غير معاقين بدرجة حادة يبدو أداؤهم أفضل من أولئك الذين لايفعلون شيئا من ذلك (Tenson , 1991) .

وتتضمن أساليب تدبر التوتر تعليم المريض كيفية تحديد ومراقبة الاستجابات المعرفية للمواقف المثيرة للتوتر ثم تطوير بدائل لاستجابات بناءة بقدر أكبر . وقد قارن هولرويد وزملاؤه . Holroyd et al) (1977 بين التدبر المعرفى للتوتر وبين العائد البيولوجى لدى مجموعة من الأفراد وبين مجموعة أخرى من المسجلين على قائمة انتظار لمرضى يعانون من توتر الصداع . وقد وجدوا أن التدبر المعرفى للتوتر أكثر فعالية من العائد البيولوجى فى خفض تكرار حدوث الصداع وفترة دوامه . وطالما أن العائد البيولوجى مقبول بصفة عامة باعتباره طريقة فعالة فى حالات توتر الصداع ، فيتعين اعتبار هذه النتيجة دعم قوى لتأثير التدبر المعرفى للتوتر . وبالرغم من ذلك لم يجد هولرويد وأندراسيك (Holroyd and Andrasik 1987) فرقا بين مجموعات ثلاث :

(أ) تدبر معرفى فقط للتوتر . (ب) تدبر معرفى للتوتر وتدريب على الاسترخاء أو (جـ) مجموعة ضابطة ناقشت الصداع . وقد انخفضت الأنشطة المتعلقة بالصداع جوهريا لدى كل المجموعات ، بينما لم تظهر مجموعة قامت بملاحظة الأعراض مثل هذا الانخفاض . ويفسر هولرويد وأندراسيك التحسن الذى حدث فى مجموعة مناقشة الصداع على أنه حدث نتيجة تغيرات معرفية مشابهة على الرغم من نقص التدريب المعرفى النشط .

ولسوء الحظ ، لايمكن تأكيد أودحض مثل هذا الاستخلاص ، طالما أن الاستجابات المعرفية للأحداث المثيرة للتوتر لم يتم تقديرها . وقد يكون التفسير البديل هو أن المجموعات الثلاثة استجابت جميعها لمكون عام غير محدد فى أساليب العلاج الثلاثة – مثال ذلك استثارة التوقعات المتعلقه بالتحسن . وقد قدم ميتشل ووايت (Mitchell and White (1977 محاولة للنظر عن قرب إلى المكونات النشطة للتدريب على التدبر المعرفى للتوتر فى الألم المزمن حيث قاما بتصميم يهدف لتفكيك العلاج المتاح على مراحل متتالية مع مجموعة صغيرة من مرضى الصداع النصفى مأخوذة من العينة الأصلية . وقد دعمت نتائجهما فكرة أن الانخفاض الأساسى فى مرات الصداع يحدث نتيجة للعلاج النشط أى الاسترخاء والتدبر المعرفى للتوتر وليس من المكونات الزائفة فى البرنامج .

الأساليب التي تستهدف إحداث تغيير نفسي

الاسترخاء والعائد البيولوجي

استخدم التدريب على الاسترخاء فى علاج الألم المزمن على نطاق واسع ، وهناك عدد من الأسباب تبرر لماذا يكون الاسترخاء مؤثراً فى خفض الألم : أولا قد يكون للتدريب على الاسترخاء تأثير عام على مستويات التوتر العضلى للجسم كله . ثانيا قد يرتبط الاسترخاء بخفض القلق ، وذلك فى الحاله: التى يمكن أن يدرك فيها الألم على أنه أقل حدة (Woodforde and Merskey , 1972). ثالثا تعمل إجراءات الاسترخاء فى حد ذاتها كمشتت للانتباه ، أى أن الانتباه إلى تمرينات الاسترخاء والصور العقلية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الانتباه الذى يتجه إلى المدخلات الحسية غير السارة . رابعا أنه قد يعمل على زيادة التحكم الذاتى المدرك لدى المرضى لأنشطتهم الفسيولوجية وألمهم . وطالما تبين أن الاعتقاد فى تحكم الشخص فى الأحداث المؤلمة يزيد من القدرة على تحمل الألم ، يصبح للاسترخاء تأثير غير مباشر على تغيير مستوى التحكم المدرك .

وتشـير الدراسـات التى فحصت قيمة التدريب على الاسـترخاء فى عـلاج توتر الصداع إلى نتائج مشجعة (مثال ذلك : , Fichtler and Zimmerman , 1973 , Tasto and Hinkle 1973 ; Warner and Lance , 1975) . على الرغم من ذلك فإن أغلب التقارير تصف نتائج لدراسات غير مضبوطة أو قصصية. وقام عدد من الدراسات بالمقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعائد البيولوجى للرسام الكهربائى لانقباض العضلة [١] (Chesney and Shelton , 1976; Haynes and Griffin , 1975 ; Cox et al ., 1975) وأوضح أن كليهما أكثر تأثيرا مقارنة باللاعلاج للمجموعة الضابطة . وبالتالى يصبح من المنطقى استخلاص أن التدريب على الاسترخاء قد يكون علاجا مؤثرا لتوتر الصداع .

وتبرز صوره مشابهة لدور الاسترخاء فى علاج الصداع النصفى (مثال ذلك Andreycchuk and Skriver , 1977 ; Blanch ardet al ., 1978) ويتوفر قليل نسبيا من البحوث التى فحصت قيمته فى الحالات الأخرى للألم المزمن . ويصف جيزل والدرمان(Gessel and Alderman (1971 دراسات حالة للتدريب على الاسترخاء لمرضى الاختلال الوظيفى لعضلة الوجه [٢]. وعلى الرغم من تقديمهما لنتائج مشجعة إلا أن الدراسة ضعيفة منهجيا . وقد استخدمت تقديرات المعالجين للتحسن لتقييم النتائج ولم تتضمن الدراسة مجموعات ضابطة ولا معلومات حول المتابعة .

استخدم الاسترخاء أيضًا فى إطار أسلوب التسكين لعلاج عسر الطمث [٣] (Tasto and Chesney , 1974 , Chesney and Tasto , 1975) . وقد ذكرت كلتا هاتين الدراستين انخفاضا فى أعراض الحيض تلت إجراءات التسكين . ويرى التقرير الثانى أن التسكين قد يكون أكثر فعالية بالنسبه للمريضات صاحبات عسر الطمث التشنجى [٤] وليس الاحتقانى [٥].

وقد أظهر العائد البيولوجى أيضًا أنه فعال بالنسبة لبعض المجموعات ومره أخرى على الرغم من أن طريقة تأثيره غير واضحة . وقد طبقت أربعة أساليب رئيسية للعائد البيولوجى لرسام المخ [٦] بهدف حث حالة مشابهة للاسترخاء من خلال تدريب المرضى على زيادة نشاط موجات ألفا . وقد توصلت الدراسات التى فحصت قيمته فى علاج أنواع الصداع المختلفة إلى نتائج متضاربة . وقد أشار ميلزاك وبيرى (Melzack and Perry (1975 لدراسه استخدمت العائد البيولوجى لرسام المخ لحالات أخرى غير الصداع على مجموعة مختلطة من مرضى الألم المزمن، وذكرا أنهما وجدا أن التنويم بالمشاركة مع العائد البيولوجى فى صورة موجات ألفا أكثر تأثيرا من أى منهما على حدة . وقد لاتكون هذه النتائج المشتركة غير مثيرة للدهشة من حيث الوضع غير المؤكد للحالة النفسية المرتبطة بالزيادة فى نشاط موجات ألفا .

استخدم أيضًا العائد البيولوجى لرسام توتر العضلة على نطاق في حالات توتر الصداع فى ضوء افتراض أن الألم يتزايد نتيجة للمستويات المتزايدة لتوتر العضلات فى مقدمة الجبهة ، والعضلات الأخرى فى الرأس والرقبة . وعلى الرغم من أن عدداً كبيراً من الدراسات

(1) Electromygraphic .
(2) Myofacial .
(3) Dysmenorrhoea .
(4) Spasmodic dysmenorrhoea .
(5) Congestive dysmenorrhoea .
(6) Electro encephalograph (EEG) .

(انظر : Turner and Chapman , 1982) أوضح أن العائد البيولوجى لتوتر العضلات فعال فى حاله توتر الصداع فقط ، إلا أن إحدى الدراسات ذكرت أنه قد يكون أكثر فعالية من التدريب على الاسترخاء بمفرده (Hutchings and Reinking , 1976) . وقدم تشابمان (1986) Chapman مراجعة جيدة للعائد البيولوجى للحرارة وتوتر العضلات فى الصداع المزمن .

وقدم لينتون (1982) Linton مراجعة للدراسات ، التى فحصت قيمة العائد البيولوجى لتوتر العضلات فى غير حالات الصداع (حالات آلام الظهر ، والألم الزائف للمفاصل والأطراف أساسا) وقد استخلص أن هذه الدراسات توضح بصفة عامة انخفاضًا فى تقديرات الألم والتوتر فى العضلات المستهدفة ، على الرغم من أن هذه الدراسات غير مضبوطة إلى حد كبير ، كما أن الدلالة الإكلينيكية لانخفاض الألم من غير الممكن تقديرها .

وكثيرا ماستخدم العائد البيولوجى لحرارة الجلد لحالات الصداع النصفى دون سواه بافتراض أن الزيادة فى تدفق الدم الطرفى (والذى يظهر مع حرارة الجلد) يرتبط بانخفاض النشاط الجمجمى السمبتاوى . وطالما يعتقد أن الصداع النصفى ناجم عن استجابية زائدة للأوعية الدموية ، فإن هذا الانخفاض فى النشاط الجمجمى السمبتاوى سيخفض من تكرار حدوث الصداع النصفى . ومازال هذا الفرض الأساسى مثله فى ذلك مثل دور مستويات التوتر العضلى فى إحداث توتر الصداع دون برهان ، على الرغم من أن عددا من الدراسات تبينت أن عائد درجة حرارة الجلد يمكن أن يكون مؤثرا Turin) and Johnson , 1976) وتبينت دراسات أخرى أن العائد الزائف يمكن أن يؤدى أيضًا إلى انخفاض فى مرات حدوث الصداع (Mullinix et al ., 1978) ويوحى ذلك أن العلاج قد يتضمن تأثيرا قويا غير محدد .

استخدمت طريقة أخرى لحالات الصداع النصفى وحدها وهى العائد البيولوجى لمقدار النبض . والفرض وراء ذلك هو أن تعلم المرضى تخفيض شدة نبضات الجمجمة (١) من خلال العائد البيولوجى سيؤدى إلى خفض إضافى فى الأوعية الجمجمية المتعددة وبالتالى سيقلل من حدوث الصداع . وعلى الرغم من أن الدراسات الأوليه مشجعة ، إلا أن الأمر يتطلب فحوصا أخرى قبل التقييم الصحيح لقيمه هذا النوع من العائد البيولوجى . ويتعين استخلاص أن جودة الفحوص الخاصة بكفاءة التدريب على الاسترخاء ، والأشكال الأخرى من العائد البيولوجى المستخدمة فى علاج الألم المزمن تعد ضعيفة بالأحرى . وكانت المعايير أعلى بالنسبة للصداع وهنا توحى الدلائل أن التدريب على الاسترخاء قد يكون فعالا بنفس قدر أساليب العائد البيولوجى الأكثر تعقيدا والأكثر تكلفة . ويتدعم هذا الاستخلاص أيضًا من خلال مراجعة التحليل البعدى لنتائج الدراسات الذى قام به بلانشارد وزملاؤه (1980) . Blanchard et al . وللمراجعة أنظر أيضًا أندراسيك وبلانشارد (1983) Andrasik and Blanchard . ويظل السؤال حول كيفيه إحداث هذه الأساليب لتأثيراتها غير واضح ، ولم تتضمن أغلب الدراسات استخدام مجموعات ضابطة يحصل أفرادها على عقار زائف والذى تبين أن جدارته تكافئ حالات العلاج الحقيقى . وفى غياب مثل هذا الضبط لايمكننا أن نستخلص أن الاسترخاء والعائد البيولوجى أظهرا أن لهما تأثيرا محددا . والحاجة واضحة على وجه الخصوص لإجراء تقييم حذر للعوامل غير المحددة عندما يتعلق الأمر بالعائد البيولوجى . والمصداقية الاصيلة لهذه الإجراءات العلمية المزعومة مع أجهزتها المكلفة والمثيرة للإعجاب أدت بكل من ستروبيل وجوليك (1973) Stroebel and Glueck إلى وصفها بالعقار « الزائف المطلق » (٢).

(1) Cranial pulse amplitude .
(2) Ultimate placebo .

قضايا عامة حول تطبيق أساليب العلاج النفسى على مرضى الألم المزمن :

مصداقية العــلاج

على العكس من مـرضى القلق أو الاكتئاب لايقوم مـرضى الألم المزمن فى المعتـاد بصيـاغة صعوباتهم بتعبيرات نفسية . ويعتقد أغلب مرضى الألم المزمن ، مع إمكان استثناء مرضى الصداع ، أن هناك سبباً عضوياً لما يعانون من تكدر . وبالتالى قد لايرغبون فى قبول منحى نفسى للعلاج ، كما أنهم قد يفسرون تحويلهم إلى أخصائى نفسى باعتباره علامة على أن الأطباء لم يأخذوا آلامهم بطريقة جادة ، أو على أنهم يعتقدون أن آلامهم متخيلة . وقد تبين فى الكثير من مجالات بحوث العلاج النفسى أن مصداقية منطق العلاج النفسى ، وملاءمة توقعات المريض قد تكون محددات هامة لفعالية أساليب معينة (Frank et al ., 1978 ; Shapiro , 1981) ويحتمل أن يكون لهذه العوامل دلالة خاصة فى علاج مرضى الألم المزمن . ويوجد فى الموقف الإكلينيكى عدد من المتغيرات . والتى على الرغم من عدم اختبارها تجريبيا حتى الآن – تؤثر فى المصداقية الأولية للأساليب العلاجية المعينة للاستخدام مع هذه المجموعة المرضية . وستناقش هذه المتغيرات باختصار .

أسلوب الإحــالة :

يبدو أن أكثر البدايات غير المشجعة هى تلك التى تحدث ، عندما يحال المريض إلى أخصائى نفسى يعمل فى إطار وحدة سيكايترية ، وحيث يكون هناك قدر قليل من المشاركة ممكنا مع المصدر الطبى صاحب الإحالة ، وحيث لايحصل المريض على مواعيد تالية للمتابعة من الفريق الطبى . وقد يؤدى ذلك إلى إستمرار فكرة أن هناك نوعين من الألم ، ألم حقيقى وآخر متخيل ، وأنه يُعتقد أن المريض يعانى من أشكال من الألم المتخيل .

وقد تكون الترتيبات الأفضل هى أن يعمل الأخصائى النفسى إلى جانب الفريق الطبى ، مشاركا فى التقييم الطبى الأولى للمريض سواء باعتباره مراقبا أو ربما مشاركا فى تقييم الألم ذاته ، وهو ماقد يؤدى إلى قبول المريض للأخصائى النفسى بقدر أكبر باعتبار ذلك جزء من برنامج فحص وعلاج الألم . وبالتالى لن ينظر إلى العلاج النفسى باعتباره الملاذ الأخير لأكثر المرضى الميئوس منهم فقط . وقد يدعم ذلك أيضاً من فكرة أن المتغيرات النفسية تلعب دورا هاما فى كل خبرات الألم . وأخيرا فعلى الأخصائيين النفسيين الذين يتلقون إحالات لمرضى ألم مزمن من الفريق الطبى محاولة رؤية المريض فى عيادة الألم أو فى العيادة الطبية الخارجية . وأن يتشاوروا بصورة وثيقة مع بقية الفريق الآخرين مثل الأطباء وأخصائيي العلاج الطبيعى وأخصائيى العلاج بالعمل . ويعترف الآن بالأخصائيين النفسيين فى عيادات الألم الأمريكية ، ويعدون جزءاً من فريق العلاج . وبدأت العيادات فى توظيف الأخصائين النفسيين فى بريطانيا .

تفسير الألم ومنطق العلاج :

يرى ليفنتال وزملاؤه (Leventhal et al . (1980 أنه من الأساسى للمرضى أن يحاولوا فهم أى علاج وتنظيمه حتى يمكن زيادة إذعانهم له بأكبر قدر . وهم يرون أنه من غير الصواب النظر إلى المرضى على أنهم أشياء سلبية تحتاج إلى دفعها للتصرف بوسائل مثل التعليم والإرشادات الدافعية ، ويرون أن المرضى عملاء إيجابيين يستوعبون المعلومات ويفسرونها . وتبدو فكرة أن المريض مجرد شئ ما – من منظورهم – بمثابة إرث من النماذج الطبية والسلوكية التى تعتبر المرضى مجرد اهداف نمطيه سلبية ، والمعالجين خبراء إيجابيين ، وهم يرون من حيث « المفهوم الشائع لنظرية المرض » أن هناك ثلاثة

مصادر أساسية محتملة للمعلومات تشكل وتبدل من نظرية المرضى عن المرض هى الآتى : ١) المعاناه الجسديه . ٢) المعلومات الواردة من البيئة الاجتماعية الخارجية مثال ذلك من مقدمى الرعاية الصحية ، والأسرة ووسائل الإعلام . ٣) المعلومات القائمة على الخبرات السابقة حول الألم .

وتعرض دراسه لجونسون وليفنتال Johnson and Leventhal (1974) هذه النظرية . وهما يريان أنه إذا تدخل الخوف مع أساليب التغلب ، فإن خفض الخوف يمكن أن ييسر من قدرة المرضى على التغلب على الظروف الموقفية الموضوعية . وفى دراسة عن المرضى الذين كانوا فى سبيلهم لفحص بالمنظار، قدمت المعلومات للمرضى لإعدادهم للخبرات الحسية المترتبة على هذا الفحص مثل الخدر فى الحنجرة الذى يسببه التخدير ، والاحساس بالقئ الذى تسببه ألياف أنبوبه العدسة ، وامتلاء المعدة عندما تنفخ بالهواء ، وبإعداد المرضى لملاحظة وتشكيل هذه الخبرات الحسية ، يرون أن هذه الإحساسات تتحول إلى مؤشرات للتغلب بدلا من تحولها إلى مؤشرات للتهديد . وقد أوضحت النتائج أن عددا من المرضى أظهر قدرا أقل من تسارع نبض القلب ، وإحساس أقل بالقئ ، وممارسة للتحكم فى معدلات ابتلاع الياف أنبوبه العدسة .

وفى ضوء إمكانية التباين بين وجهات نظر المرضى حول حالتهم المؤلة ، وحول فهم الأخصائيين النفسيين لألمهم ، سيكون من المهم فى المراحل الأولية للصلة بينهم تقديم إطار للمرضى لكيف تتفاعل العوامل النفسية والفيزيقية لتؤثر فى شدة ألمهم وفى الكدر الذى يولده الألم ، فإذا تبين أن المريض يقترب من فهم نموذج الألم وكيف يمكن أن يحدث عدم تزامن بين أبعاده المختلفة ، فيحتمل عندئذ أن تتزايد مصداقيه العلاج النفسى .

خلاصة عامة :

هناك دلائل متزايدة توحى أن الأخصائيين النفسيين يمكنهم أن يقدموا إسهاماً فى علاج حالات الألم المزمن باستخدام الأساليب ، التى تتجه إلى المكونات السلوكية والمعرفية والفسيولوجية للألم . والمستوى العام للبحوث حول هذه الأساليب ضعيف على الرغم من ذلك . ويمكن الخروج بالقليل من الاستخلاصات حول دور متغيرات إجرائية معينة . ويبدو من المهم فى ضوء الطبيعة متعددة الأبعاد للألم أن يكون المنحى الذى يجب تبنيه مفصلا على نمط استجابات الألم التى يشكو منها المريض . وقد تطورت أساليب تدبر الألم مبتعدة عن المناحى العلاجية أحادية البعد ، التى تعتمد على التدبر التوافقى بمفرده متجهة نحو التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية الأكثر شمولا . ويشير هولزمان وزملاؤه Holzman et al . (1986) إلى أن الهدف العام لأغلب البرامج – المعرفية – السلوكيه هو أن تطور – من منظور المريض – إعادة صياغة لألمه . وقد يكون من الممكن من خلال التوسع فى البحوث الخاصة بعوامل عمليات الألم أن تؤدى التغيرات فى المعتقدات للظهور باعتبارها أكثر النتائج التنبؤية أهمية . ويرى كانفر وكارولى Kanfer and Caroly (1982) أنه يتعين لأعمال التدبر الذاتى أن يحدث تحول لدى المريض من حالة النظر المستقر والاعتياد والاستجابات الآلية وغير الفعالة فى الوقت نفسه إلى الحل النظامى للمشكلات والتحكم على المدى البعيد فى الآثار والمقاومة السلوكية . وتستخدم الأساليب المختلفة لتعليم المريض التعرف على العلاقات بين الأفكار والمشاعر والسلوك والمنبهات البيئية للألم وطرق تبديلها . وتتدعم المكاسب العلاجيه عندما ينخرط المريض فى ذلك بصورة نشطة ويتقبل مسئولية التغيير .

References

Achterberg, J. (1984) 'Imagery and medicine: pschophysiological speculations', *Journal of Mental Imagery* 8: 1–14.

Andrasik, F. and Blanchard, E. B. (1983) 'Application of biofeedback to therapy', in C. E. Waken (ed.) *Handbook of Clinical Psychology: Therapy Research and Practice*: Homewood, Ill.: Dorsey (1123–64).

Andreychuk, T. and Skriver, C. (1977) 'Hypnosis and biofeedback in the treatment of migraine headache', *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 23: 172–83.

Blanchard, E. B., Andrasik, F., Ahles, T. A., Teders, S. J. and O'Keefe, D. (1980) 'Migraine and tension headache: a meta-analytic review', *Behavior Therapy* 11: 613–31.

Blanchard, E. B., Theobald, D., Williamson, D., Silver, B. and Brown, D. (1978) 'Temperature biofeedback in the treatment of migraine headaches', *Archives of General Psychiatry* 35: 581–8.

Broadbent, D. E. (1958) *Perception and Communication*, London: Pergamon Press.

Chapman, S. L. (1986) 'A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback for chronic heachaches', *Pain* 27: 1–43.

Chesney, M. A. and Shelton, J. L. (1976) 'A comparison of muscle relaxation and electromyogram biofeedback treatments for muscle contraction headache', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 7: 115–21.

Chesney, M. and Tasto, D. (1975) 'The effectiveness of behaviour modification with spasmodic and congestive dysmenorrhoea', *Behaviour Research and Therapy* 13: 245–54.

Corey, D. T., Etlin, D. and Miller, P. C. (1987) 'A home-based pain management and rehabilitation programme: an evaluation', *Pain* 29(2): 219–30.

Cott, A., Anchel, H., Goldberg, W. M., Fabich, M. and Parkinson, W. (1990) 'Non-institutional treatment of chronic pain by field management: an outcome study with comparison group', *Pain* 40: 183–94.

Cox, D. J., Freundlich, A. and Meyer, R. G. (1975) 'Differential effectiveness of electromyographic feedback, verbal relaxation instructions and medication placebo with tension headaches', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 892–8.

Deardoff, W. W., Rubin, H. S. and Scott, D. W. (1991) 'Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups', *Pain* 45: 35–43.

Fernandez, E. and Turk, D. C. (1989) 'The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis', *Pain* 38(2): 123–36.

Fichtler, H. and Zimmerman, R. R. (1973) 'Changes in reported pain from tension headaches', *Perceptual and Motor Skills* 36: 712.

Fordyce, W. E. (1976) *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis: C.V. Mosby.

Fordyce, W. E., Fowler, R. and Lehmann, J. (1968) 'Some implications of learning in problems of chronic pain', *Journal of Chronic Disorders* 21: 179–90.

Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Lehmann, J. F., Delateur, B. J., Sand, P. L. and Treischmann, R. B. (1973) 'Operant conditioning in the treatment of chronic pain', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 54: 399–408.

Frank, J., Huehn-Saric, R., Imber, S. and Liberman, B. (1978) *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Gessel, A. H. and Alderman, M. (1971) 'Management of myofascial pain dysfunction syndrome of the temperomandibula joint by tension control training', *Pychosomatics* 12: 302–9.

Guck, T. P., Skultety, F. M., Meilman, P. W. and Dowdy, E. T. (1985) 'Multidisciplinary follow-up study: evaluation with a no-treatment control group', *Pain* 21: 295–306.

Haynes, S. and Griffin, P. (1975) 'Electromyographic biofeedback and relaxation instructions in the treatment of muscle contraction headaches', *Behavior Therapy* 6: 672–8.

Holroyd, K. A. and Andrasik, F. (1978) 'Coping and the self-control of chronic tension headache', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 1036–45.

Holroyd, K. A., Andrasik, F. and Westbrook, T. (1977) 'Cognitive control of tension headache', *Cognitive Therapy and Research* 1: 121–33.

Holzman, A. D., Turk, D. C. and Kerns, R. D. (1986) 'The cognitive-behavioural approach to the management of chronic pain', in A. D. Holzman and D. C. Turk (eds) *Pain Management: A Handbook of Psychological Approaches*, New York: Pergamon.

Hutchings, D. F. and Reinking, R. H. (1976) 'Tension headaches: what form of therapy is most effective?' *Biofeedback and Self-Regulation* 1: 190–93.

Jenson, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. and Karoly, P. (1991) 'Coping with chronic pain: a review of the literature', *Pain* 47(3): 249–83.

Johnson, J. E. and Leventhal, H. (1974) 'Effects of accurate expectations and behavioural instructions on reactions during a noxious medical examination', *Journal of Personality and Social Psychology* 29: 710–18.

Kanfer, F. H. and Karoly, P. (1982) 'The psychology of self-management: abiding issues and tentative directions', in P. Karoly and F. H. Kanfer (eds) *Self-management and behaviour change*, Elmsford, New York: Pergamon.

Keefe, F. J. and Gil, K. M. (1985) 'Recent advances in the behavioural assessment and treatment of chronic pain', *Annals of Behavioural Medicine* 7: 11–16.

Kerns, R. D. and Turk, D. C. (1983) 'Psychological treatment for chronic pain: a selective review', *Clinical Psychology Review* 3: 15–26.

Latimer, P. R. (1982) 'External contingency management for chronic pain: a critical review of the evidence', *American Journal of Psychiatry* 139(10) 1308–12.

Lazarus, R. A. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer.

Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980) 'The common-sense representation of illness danger', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology, Vol. 2*, Oxford: Pergamon.

Linton, S. J. (1982) 'A critical review of behavioural treatments for chronic benign pain other than headache', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 321–37.

McArthur, D. L., Cohen, M. J., Gottlieb, H. J., Naliboff, B. D. and Schandler, S. L. (1987) 'Treating chronic low back pain. I Admission to initial follow-up. II Long-term follow-up', *Pain* 29: 1–22; 23–38.

Melzack, R. and Perry, C. (1975) 'Self-regulation of pain. The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain', *Experimental Neurology* 46: 452–69.

Melzack, R. and Wall, P. D. (1982) *The Challenge of Pain*, New York: Basic Books.

Mitchell, K. R. and White, R. G. (1977) 'Behavioural self-management: an application to the problem of migraine headaches', *Behavior Therapy* 8: 213–22.

Mullinix, J. M., Norton, B. J., Hack, S. and Fishman, M. A. (1978) 'Skin temperature biofeedback and migraine', *Headache* 17: 242–4.

Pearce, S. (1983) 'A review of cognitive-behavioural methods for the treatment of chronic pain', *Journal of Psychosomatic Research* 27: 431–40.

Roberts, A. H. and Reinhardt, L. (1980) 'The behavioural management of chronic pain: long-term follow-up with comparison groups', *Pain* 8: 151–62.

Rosenstiel, A. K. and Keefe, F. J. (1983) 'The use of coping strategies in chronic low-back pain patients: relationship to patients' characteristics and current adjustment', *Pain* 17: 38–44.

Rybstein-Blinchik, E. (1979) 'Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience', *Journal of Behavioural Medicine* 2: 93–101.

Sanders, S. H. (1983) 'Component analysis of a behavioural treatment programme for chronic low-back pain', *Behavioural Therapy* 14: 697–705.

Seres, J. L. and Newman, R. (1976) 'Results of treatment of chronic low back pain at the Portland Pain Centre', *Journal of Neurosurgery* 45: 32–6.

Shapiro, D. (1981) 'Comparative credibility of treatment rationales. Three tests of expectancy theory', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 111–22.

Shiffrin, R. M. and Schneider, W. (1977) 'Controlled and automatic human information processing. II Perceptual learning, automatic attending, and a general theory', *Psychological Review* 84: 127–90.

Skinner, J. B., Erskine, A., Pearce, S., Rubenstein, M., Taylor, M. and Fosters, C. (1990) 'Evaluation of a cognitive behavioural treatment programme in out-patients with chronic pain', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 13–19.

Sternbach, R. A. (1986) 'Pain and daily "Hassles" in the USA: findings of the Nuprin Pain Report, *Pain* 27: 69–80.

Stroebel, C. F. and Glueck, B. C. (1973) 'Biofeedback treatment in medicine and psychiatry: an ultimate placebo?' *Seminars in Psychiatry* 5(4): 379–93.

Tasto, D. L. and Chesney, M. A. (1974) 'Muscle relaxation therapy for primary dysmenorrhoea', *Behavioural Research and Therapy* 5: 668–672.

Tasto, D. L. and Hinkle, J. E. (1973) 'Muscle relaxation treatment for tension headaches', *Behaviour Research and Therapy* 11: 347–9.

Thompson, S. C. (1981) 'Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question', *Psychological Bulletin* 90: 89–101.

Triesman, A. M. (1964) 'Monitoring and storage of irrelevant messages in selective attention', *Journal of Verbal Learning and Behaviour* 3: 449–59.

Turin, A. and Johnson, W. G. (1976) 'Biofeedback therapy for migraine headaches', *Archives of General Psychiatry* 33: 517–19.

Turner, J. A. (1982) 'Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioural group therapy for chronic low back pain', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 757–65.

Turner, J. A. and Chapman, C. R. (1982a) 'Psychological intervention for chronic pain: a critical review. 1. Relaxation and training and biofeedback', *Pain* 12: 1–21.

Turner, J. A. and Chapman, C. R. (1982b) 'Psychological interventions for chronic pain: a critical review. 11. Operant conditioning, hypnosis and cognitive-behavioural therapy', *Pain* 12: 23–46.

Turner, J. A. and Clancy, S. (1986) 'Strategies for coping with chronic low-back pain: relationship to pain and disability', *Pain* 24: 355–64.

Turner, J. A., Clancy, S. and Vitaliano, P. P. (1987) 'Relationships of stress, appraisal and coping to chronic low-back pain, *Behavaviour Research and Therapy* 25: 281–8.

Wack, J. T. and Turk, D. C. (1984) 'Latent structure in strategies for coping with pain, *Health Psychology* 3: 27–43.

Warner, G. and Lance, J. (1975) 'Relaxation therapy in migraine and chronic tension headache', *Medical Journal of Australia* 1: 298–301.
Woodforde, J. M. and Merskey, H. (1972) 'Personality traits of patients with chronic pain', *Journal of Psychosomatic Research* 16: 167–72.

الفصل الرابع والثلاثون

مقدمة فى علم النفس العصبى والتقييم النفسى العصبى

Introduction to neuropsychology and neuropsychological assessment

جراهام ى . بول و باربرا أ. ويلسون

Graham E . Powell and Barbara A . wilson

الفصل الرابع والثلاثون

مقدمة فى علم النفس العصبى والتقييم النفسى العصبى

جراهام ى . بول و باربرا أ. ويلسون

Graham E . Powell and Barbara A . wilson

يهدف هذا الفصل تقديم موضوعات علم النفس العصبى (١) والتقييم النفسى العصبى ، والتقييم لإعادة التأهيل النفسى العصبى . وسنقدم اللغة المستخدمة فى مجال علم الأعصاب (٢) وعلم النفس العصبى ، وسنصف البنية الفيزيقية للمخ ومكوناتها الأساسية ، والخطوط العريضة لبنية ووظائف الفصوص المخية (٣) ، ونشير إلى أى المهام والاختبارات هى التى يتعين استخدامها للكشف عن اختلال المناطق الهامة ، ونقدم تصنيفا للاضطرابات النفسية العصبية الرئيسيه ونتناول أخيرا عمليات المقابلة الشخصية والتقييم وكتابة التقرير .

المصطلحات

يجد الطالب المستجد فى علم النفس العصبى أن مصطلحات المخ عقبة أمام الفهم والاهتمام ، ومن المؤكد أنها تؤدى إلى إبعاد الكثير من الناس عن المجال ، وسنبدأ بثبت للكلمات المفيدة الأكثر تكراراً .

مصطلحات (٤) التوجه المكاني

خط الوسط	midline	هو الخط أو الفراغ الذى يقسم النصف الكروى الأيسر Left hemisphere والنصف الكروى الأيمن right hemisphere
الوسيط	medial	عند أو على خط الوسط .
الأوسط	mesial	نحو خط الوسط .
جانبى	Lateral	على الجانب بعيداً عن خط الوسط .
علوى	Superior	فوق أو أعلى .
سفلى	inferior	تحت أو أدنى .
أمامى	anterior	فى الأمام ، نحو الوجه .

---

(1) Neuropsychology .
(2) Neurology .
(3) Lobes .
(4) Terminology .

خلفى	Posterior	خلف ، نحو خلفية الرأس .
مركزى	Centeral	فى الموضع الذى يقسم الأمامى عن الخلفى .
ذيلى	Caudal	نحو الحبل الشوكى Spinal Cord
منقارى	rostral	بعيداً عن الحبل الشوكى .
بطنى	Ventral	نحو الصدر وسطح البطن .
ظهرى	dorsal	نحو سطح الظهر مؤخرة المخ فى الإنسان .
جانبى	ipsilateral	فى الجانب نفسه من الجسم .
طرف عكسى	Contralateral	فى الطرف أو الجانب الآخر من الجسم .
قريب	Proximal	قريب .
بعيد	Far	بعيد .

المصطلحات التشريحية (١)

الخلية العصبية	Neuron	خلية عصبية قادرة على نقل دفعة عصبيةimpulse
تلفيفة	gyrus	نتوء أو بروز على سطح المخ .
اخدود	Sulcus	أخدود أو شق بين تلفيفتين .
المادة الرمادية	gray matter	تركيز لأجسام الخلايا العصبيه .
المادة البيضاء	White matter	تركيز لنتوء من اجسام الخلايا العصبية ،
لحاء المخ	Cortex	المادة الرمادية التى تغطى السطح الخارجى للمخ وتنثنى عند الأخاديد
فص	Lobe	منطقة فى المخ عادة، ولكن ليس دائمًا، تتميز عن بقية المخ بأخاديد بارزة أو ناتئة.
فصيص	Lobule	خاصية رئيسية فى الفص، تلفيفة أو اثنتين ناتئين مثلاً
البطين أو تجويف المخ	Ventricle	مكان أو فراغ فى المخ يجرى خلاله النخاع الشوكى Cerebro - Spinal Fluid (CSF)
الأم الحنون	Pia matter ،	ثلاث طبقات صلبة
الأم العنكبوتية	arachnoid	و عظمية بين المخ
الأم الجافية	Dura mater	والجمجمة
السحايا	meninges	ما يعلو الطبقات الثلاثة معاً

(1) Anatomical terminology

مصطلحات التلف (١)

تلف Lesion أى تلف أو عطب يحدث فى المخ

تصلب Sclerosis موت أى من أنسجة المخ

أوما Oma نهاية لأى كلمة Suffix تشير إلى نمو غير سوى ، كما فى meuroma (ورم فى الخلايا العصبية) و gliome (ورم فى الخلايا الغرائية الـ glia التى تعمل بمثابة أبنية مدعمة للمخ) والـ meningioma (ورم فى السحايا).

ورم neoplasm أى نمو جديد فى الأنسجة (أى ورم)

ورم وعائى دموى angioma أى تشوه شريانى arteriovenous malformation (AVM) وهى عقدة أو تشابك أو نمو أو تضخم فى الأوردة الدموية

سكتة دماغية Stroke تعبير عام يشير للتأثيرات السلوكية والمعرفية لحوادث الأوعية الدموية المخية.

حادث شريانى بالمخ Cerebro - Vascular accident (CVA) تلف يحدث نتيجة انقطاع تلقائى لتدفق الدم، عادة ما يعزى إلى انحلال أو تفسخ الشرايين، كما يحدث فى الأعمار الكبيرة وتصلب الشرايين arteriosclerosis أو أمراض معينة.

نزيف haemorrage نزيف

تجمع دموى haematoma تجمع للدم فى موضع واحد.

احنشاء (انسداد) Infarct منطقة محددة بها تلف يرجع لإنقطاع تدفق الدم.

انحسار الدم الموضعى Ischaemia تدفق غير كافى للدم.

انسداد دموى embolism انسداد أو إعاقة تدفق الدم نتيجة لجلطة دموية أو فقاعه هوائية

تمدد الأوعية الدموية aneurysm أنتفاخ غير سوى لوعاء دموى

أمراض معدية (أخماج) Infectious diseases تلك الأمــراض التى تؤثر فى المخ بما فى ذلك الأمــراض البكتيرية وعدوى الدرن، وخراريج المخ، وزهرى الأعصاب

(1) Lesion

Leptospirosis (مثال ذلك الالتهاب الدماغى والتهاب النخاع الشوكى) والعدوى الفيروسيه (مثل الالتهاب السحائى، والإلتهاب الدماغى ومرض كروتز فيلت - جاكوب (Creutzfeldt - Jakob

الأمراض النخاعية demyelinating diseases

(تكسر غمد النخاع) الأمراض التى تؤثر فى نخاع غلاف المحور العصبى ، بما فى ذلك التصلب المتعدد

الأمراض المؤثرة فى العقد القاعدية Diseases affecting the basal ganglia

بما فى ذلك أمراض باركنسون Parkinsonsism واضطراب هانتنجتون العصبى Huntington's chorea

العتة Dementia

تعبير عام يشير إلى أى مرض يؤدى إلى تدهور مستمر فى الجهاز العصبى المركزى CNS ، بما فى ذلك عديد مما سبق الإشارة اليه ولكنه يشير إلى مرض الزايمر Alzheimer على وجه الخصوص (العته المكبر (Pre- Senile dementia) ، ومرض بيك Pick's disease (عتة الشيخوخة Senile de- mentia) أو يتضمن عته الشيخوخة من طراز الزايمر Senile dementia Alzheimer's type (SDAT)

إصابة بالرأس Head injury

تعبير غير دقيق يتضمن إما لطمة ارتطام على الرأس، أو تسارع وتباطئ شديد له، أو اختراق أى جسم غريب للجمجمة.

إصابة المخ Brain injury

تعبير أقل درجة من حيث عدم الدقة يبين الحالات التى تتضمن تلفا سطحيا فقط للوجه أو الرأس (مثال ذلك الجروح القطعية ، التى تنتزع سطح الوجه أو كسور الفك ، بما فى ذلك حالات تلف الجهاز العصبى المركزى فقط)

المصطلحات الوظيفية (١)

إلياف عصبية موردة afferent Fibre

خلية تقوم بنقل المعلومات إلى منطقة ما فى المخ ، من أعضاء الحس على سبيل المثال

(1) Functional

الياف مصدرة	efferent fibre مسارات تنقل المعلومات من منطقة ما فى المخ إلى العضلات على سبيل المثال	
نافل (أوسيال) عصبى	neuro - transmitter المواد الكيميائية التى تتصل من خلالها الخلايا بعضها بالبعض فى أى عقدة عصبه Synapses وبالأخص الاستيل كولين acetylcholine، والدوبامين dopamine والنورإبنفرين norepinephrine ، والسيروتونين Serotonin، وحمض الجاما أمينوبيوتريك gamma aminobutyric acid	
وظيفة	Function العمل المعين، أو إمكانية تداول المعلومات - Information Processing Capacity لمنطقة معينة.	
النظام الوظيفى	Functional System الروابط بين عده مناطق فى المخ (أى وظائف مختلفة للخدمة الفرعية لمهمة معقدة (مثل المشى أو الكتابة)	
منطقة أولية أو نوويه	Primary or nuclear Zone منطقة ناتئة في المخ تتلقى أو ترسل نبضات للمناطق الطرفية Periphery	
منطقة ثانوية	Secondary zone منطقة من المخ محاطة بمناطق أولية، يتم فيها ترمين المعلومات أو فك رموزها إلى معارف معقدة.	
منطقة ثلاثية	Tertiary zone منطقة تتداخل فيها المناطق الثانوية وتكون مسئولة عن أكثر الأنشطة العقلية المعقدة بما فى ذلك عمليات التداخل بين النماذج.	
اللحاء الترابطى	association cortex	أى لحاء خارج المناطق الأولية
مواضع الوظائف	Localization of function محاولة رسم خريطة للوظائف فى إحدى مناطق اللحاء، أو محاولة وضع خريطة للنظام الوظيفى على عدد من المناطق المتصلة.	

لدونة أو مرونة الوظيفة — Plasticity of function

المدى الذى يمكن أن تبـدأ به مناطق جـديدة أو بكر فى المساعدة أو تسهيل وظيفة جديدة.

طرفية الوظيفة — Lateralisation of function

المدى الذى تحتل فيه وظيفة ما أحد النصفين الكرويين بدلاً من الأخر.

سيادة — Dominance

كمـا فى نمو ومـواضع الوظائف ، ولكن مع اشارة خاصـة لوظائف اللغة

ارتجاج — Concussion

إضطراب مؤقت للعمليات المعرفية يتضمن خلطا واعتلالا ثانويا فى الذاكرة تالى لإصابة متوسطة فى الرأس.

لا وعى — Unconsciousness

الحالة التى يظهر فيـها الشخص درجة من الاستجـابية المنخفضة للبيئة بعد إصابة فى الرأس، وتكون العيون مغلقة.

غيبوبة — Coma

حالة من اللاوعى، عادة مـا تكون لفترة طويلة، وذات درجات مختلفة من العمق.

تبلد مقاوم — Persistant vegetative

حالة يبدو خلالها الشخص ، وكأنه مستقيظ غير أنه لا يستجيب للبيئة بأى طريقة ذات معنى ، ويحتاج خلالها لرعاية طبية كاملة مثل تغذيته ومساعدته على قضاء الحاجة.

المصطلحات والفحوص

الأشعة السينية — X - Rays

أشعة إكس البسيطة والتى ما زالت تستخدم بهدف الكشف عن خصائص الجمجمة ، وهى ذات قدرة ضعيفة على إظهار الأنسجة الرقيقة للمخ.

الرسام الكهربائى للمخ — Electroencephalogram (EEG)

التغيرات فى النشاط الكهربائى فى مناطق المخ المختلفة وعادة ما تسجل من خلال تتبعها على الورق.

الطاقة المستثارة — Evoked potentials (EPs)

ردود فعل رسام المخ الكهربائى للمنبهات الحسية مثل الأصوات والأضواء، والإحساسات اللمسية، وعادة ما يمكن الحصول عليها من خلال متوسط عدد من المحاولات.

الرسم بالأشعة المقطعية

Computerised transaxial tomography (CT)

صورة معززة بالكمبيوتر للمخ تعتمد على رسوم متكررة بأشعة إكس منخفضة الكثافة تؤخذ من زوايا مختلفة.

الرسم المقطعي بالبث البوزيتروني

Positron emission tomography (PET)

البوزيترون نمطيا عبارة عن نشاط إشعاعى للجلوكوز أو الأكسجين يُجرى على المخ ويتم تحويل النشاط الأشعاعى المنعكس إلى صورة، عادة ما تستخدم لقياس تدفق الدم

الرسم بالوحدات الضوئية

Single-photon emission Computed tomography

الرسم بالوحدات الضوئية المفردة (الفوتون) (SPECT) بالكمبيوتر، وهو مشابه للرسام بالبث البوزيترونى ولكنه يستخدم الفوتونات المفردة ، بدلاً من أشعة أكس.

التصوير بالرنين المغناطيسى

Magnetic resonance Imaging (MRI)

صورة للمخ مولده بالكمبيوتر تعتمد على موجات إشعاعية خارجة من أنسجة المخ، أثناء الراحة ، بعد فترة من بقائها فى مجال مغناطيسى قوى.

الخصائص العامة للمخ

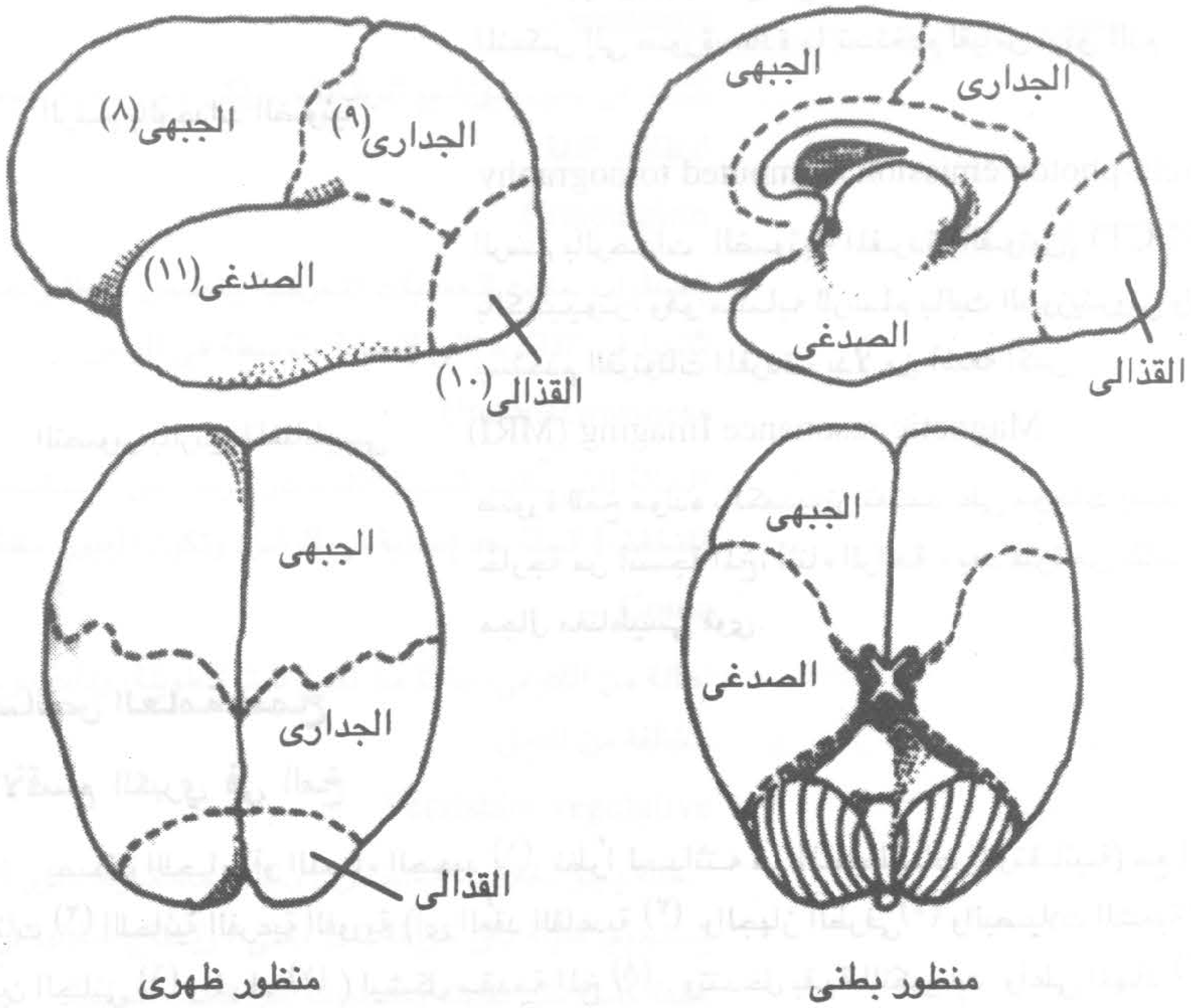
الأقسام الكبري في المخ

يصنف اللحاء (أو اللحاء الجديد (١) نظراً لحداثته فى المصطلحات الارتقائية) مع أغلب التكوينات (٢) اللحائية الفرعية الفورية (أى العُقد القاعدية (٣) ،والجهاز الطرفى(٤) والبصيلات الشمية (٥)، والبطين الجانى (٦) والمهاد (٧)) ليشكل مقدمة المخ (٨) . وتتدخل بقية التكوينات وأعلى المهاد (٩) ، والمهاد التحتى أو الهيبوتلاموس (١٠) ، والبطين الثالث (١١) والغشاء (١٢) والقناة المخية (١٣) والمخيخ(١٤)

(1) Neocortex.
(2) Structures.
(3) Basal ganglia.
(4) Limbic System.
(5) Olfactory bulb.
(6) Lateral ventricles.
(7) Thalamus.
(8) Fore brain.
(9) Epithalamus.
(10) Hypothalamus.
(11) Third ventricles.
(12) Tegmentum.
(13) Cerebral aqueduct.
(14) Cerebellum.

والقنطرة(١) والبطين الرابع(٢) والنخاع المستطيل(٣) بقدر أقل فى التكامل الحسى المعقد، وهى أكثر تعلقا بالأداء الفسيولوجى البدائى مثل التحكم فى مستوى الاستثار ة (٤) . وتعرف هذه التركيبات مجتمعة باعتبارها جذع الدماغ (٥) ، ويأتى الحبل الشوكى(٦) أسفل جذع الدماغ. وقد اتضحت الأقسام الكبرى للمخ بقدر جيد من خلال صور الرنين المغنطيسى فى كولب ووشهاو (Kolb and Whishaw (1990 : 854 - 60)

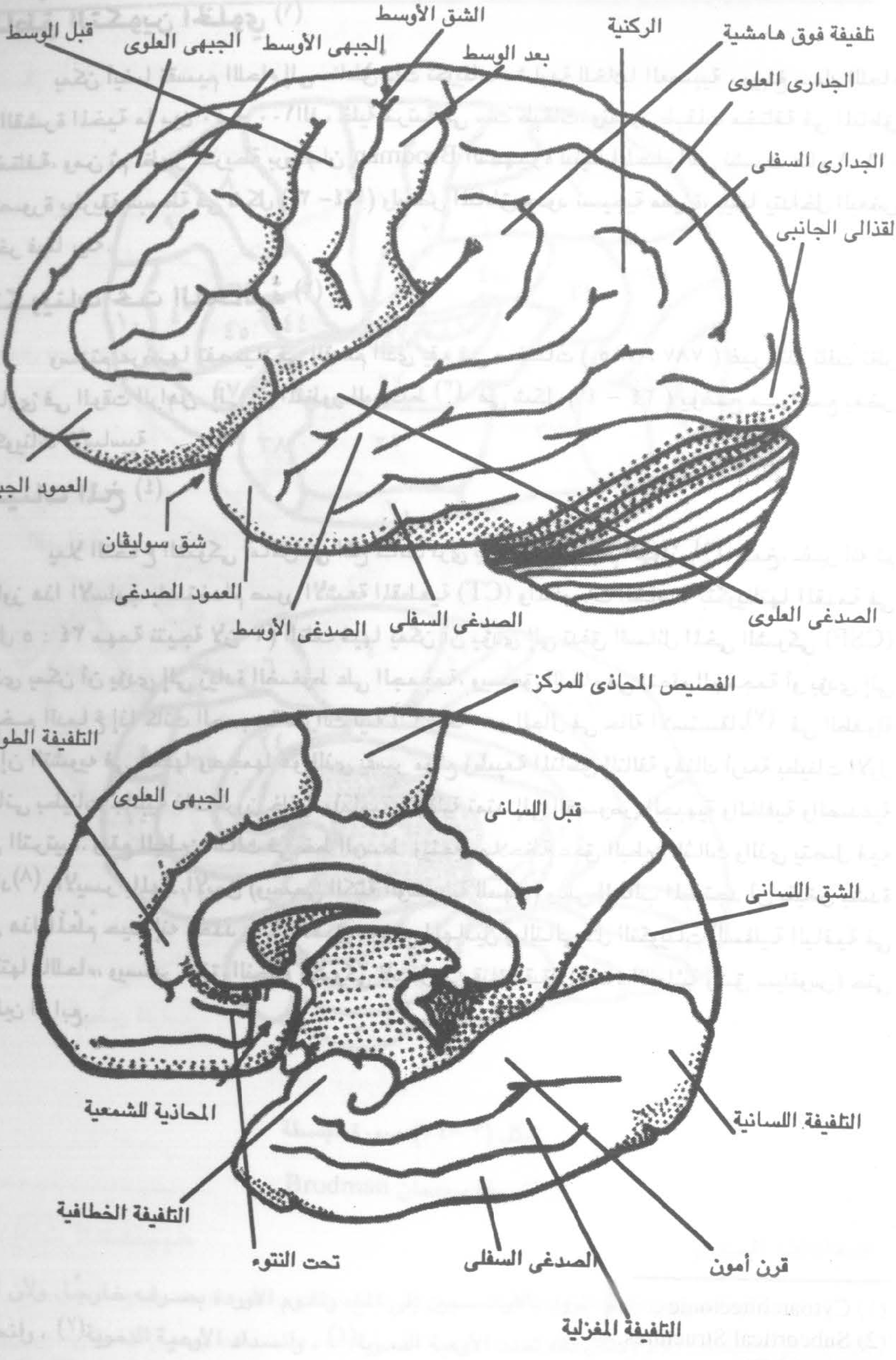
تلافيف (٧) وفصوص اللحاء أو القشرة المخية



فصوص المخ

شكل (١ - ٣٤)

(1) Pons.
(2) Fourth ventricle.
(3) Medulla oblongata.
(4) Level of arousal.
(5) Brain Stem.
(6) Spinal Cord.
(7) Gyri.
(8) Frontal.
(9) Parietal.
(10) occipital.
(11) Temporal.
(12) Sulci.



شكل (٢ - ٣٤) : التلافيف الرئيسية فى المخ .

مناطق التكوين الخلوي (١)

يمكن أيضا تقسيم اللحاء إلى مناطق ذات تكوينات مشابهة للخلايا العصبية ، ويبلغ سمك اللحاء أو القشرة المخية ما بين ٥٠ - ١٠٠ الف خلية مرتبة فى ست طبقات. وتسود طبقات مختلفة فى المناطق المختلفة، ومن ثم تظهر خريطة برودمان Brodman الشهيرة لبنية اللحاء التى نشرت عام ١٩٠٩، والمصورة بطريقة مبسطة فى شكل (٣ -٣٤) ولبعض المناطق حدود نسيجية مميزة، بينما يتداخل البعض الآخر فيما بينه.

التكوينات تحت اللحائية (٢)

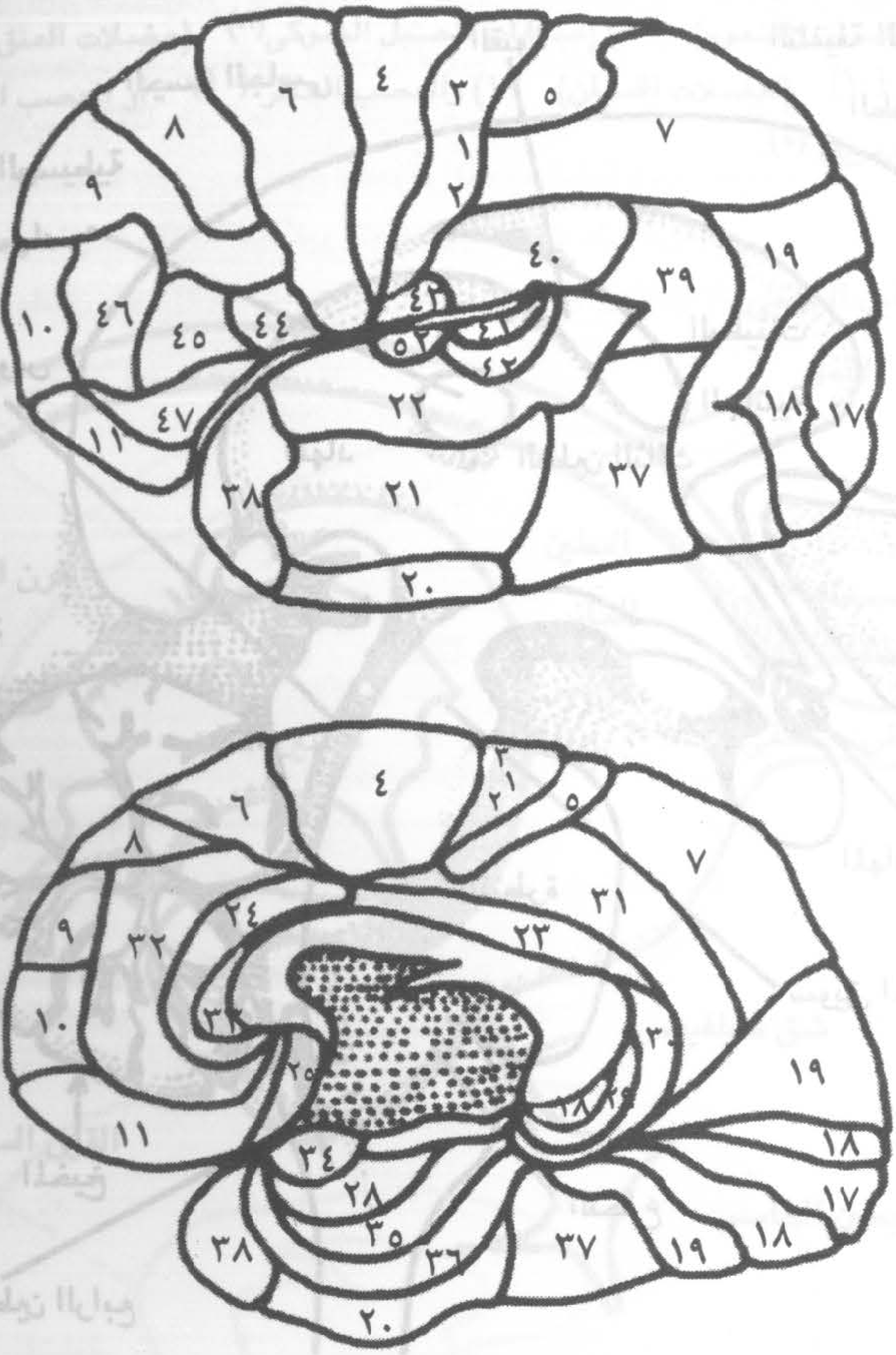
وسيتم عرضها تفصيلا فى القسم الذى يقع فى صفحات (٧٨٥ ، ٧٨٧) غير أننا نلفت نظر القارئ فى الوقت الراهن إلى أن المنظور الوسيط (٣) فى شكل (٤ - ٣٤) يوضح مواضع بعض التكوينات الأساسية

بطينات المخ (٤)

يملأ النخاع الشوكى أماكن فى المخ كانت ترى بواسطة الرسام الهوائى(٥) للمخ، غير أنه تم تجاوز هذا الأسلوب باستخدام صور الأشعة المقطعية (CT) والمعلومات الخاصة بتكويناتها المقدمة فى شكل ٥ : ٣٤ مهمة نتيجة لأن ١) التلف فيها يمكن أن يؤدى إلى تدفق السائل المخى الشوكى (CSF) والذى يمكن أن يؤدى إلى زيادة الضغوط على الجمجمة، ويسحق اللحاء فى اتجاه الجمجمة أو يؤدى إلى تضخم الدماغ إذا كانت الجمجمة مازالت لينة (٦) كما هو الحال فى حالة الاستسقاء(٧) فى الطفولة ٢) إن التشويه فى شكلها وحجمها هو الذى يفسر موقع وطبيعة المناطق التالفة وهناك أربعة بطينات الأول والثانى بطينات جانبيه ذات قرون خلفية وأمامية وسفلية تمتد إلى الفصوص الجبهية والخلفية والصدغية على الترتيب. ويقع البطين الثالث فى خط الوسط. ويتعين ملاحظة عمق البطين الثالث والذى يتصل فيه المهاد(٨) الأيسر بالمهاد الأيمن (ويسمى الكتلة الوسيطية للمهاد) وعلى الطالب المستجد أن يقبض بشدة على هذا المَعْلَمْ حيث إنه يحدد بشكل دقيق موضع المهادين وبالتالى كل التكوينات السفلية الباقية فى علاقتها باللحاء، ويستمر تدفق النخاع الشوكى لأسفل فى قناة دقيقة (القناة اللحائية وشق سيلفوس) حتى البطين الرابع.

---

(1) Cytoarchitectonic .
(2) Subcortical Structures.
(3) Medial View.
(4) Ventricles.
(5) Air encephalogram (AEG).
(6) Malleable.
(7) Hydrocephalus.
(8) Intermediate mass of the thalamus.



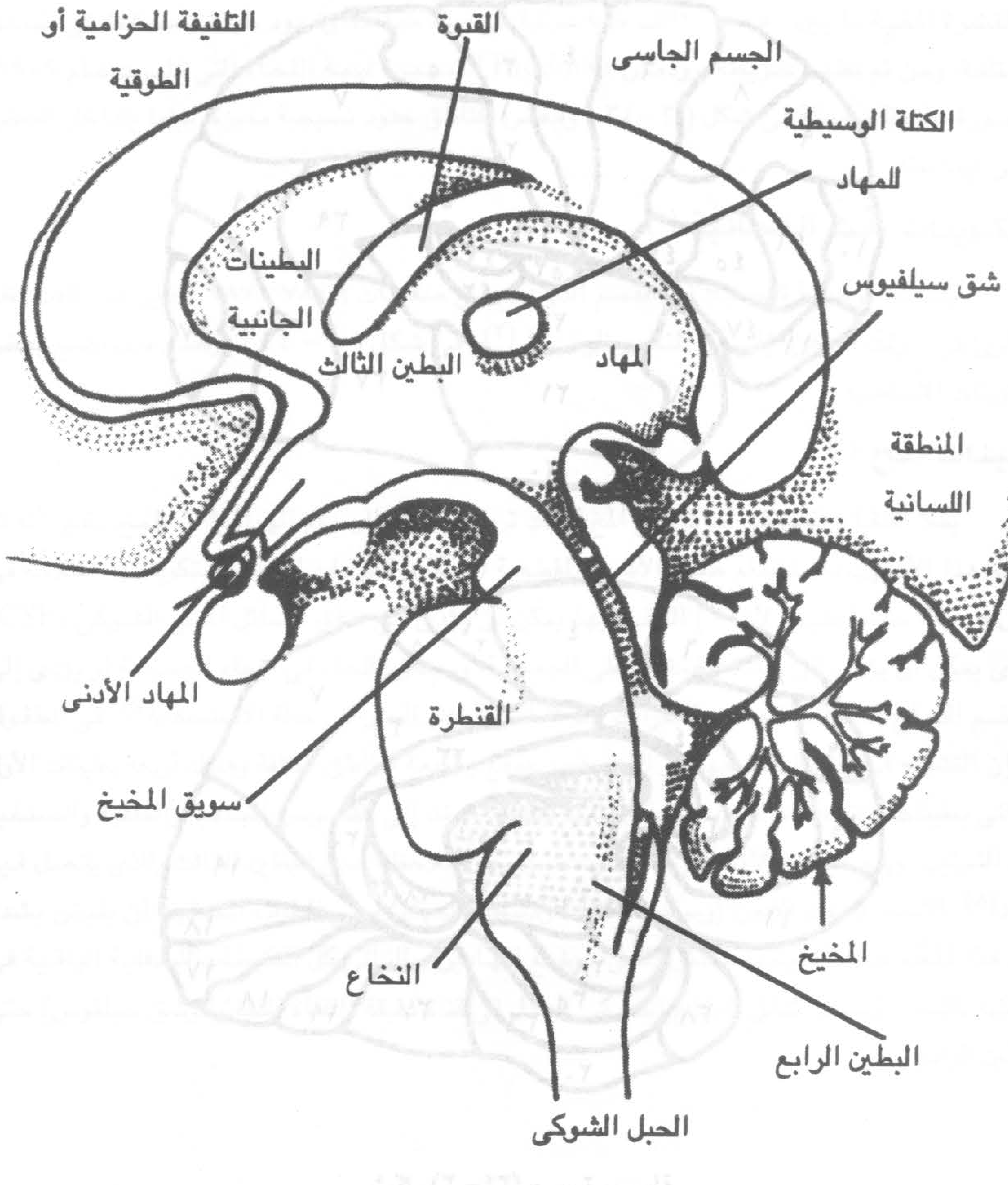
شكل (٣ -٣٤) صورة مبسطة

لخريطة برودمان Brodman

إمدادات الـــدم

تحمل الشرايين الدم المزود بالأوكسجين إلى المخ، وتقوم الأوردة بصرفه خارجًا. ولأن التلف والشذوذ فى إمدادات الدم (مثال ذلك تمدد الأوعية الدموية(١) ، وانسداد الأوعية الدموية(٢) ، وانحسار الدم الموضعى(٣) يمكن أن يضعف من النشاط اللحائي. من هنا يصبح من الضرورى تعرف الشرايين اللحائية الرئيسية الثلاثة، ومناطق اللحاء التى تغذيها كما يوضحها شكل(٦ -٣٤).

---
(1) Aneurysm
(2) Embolism
(3) Ischaemia



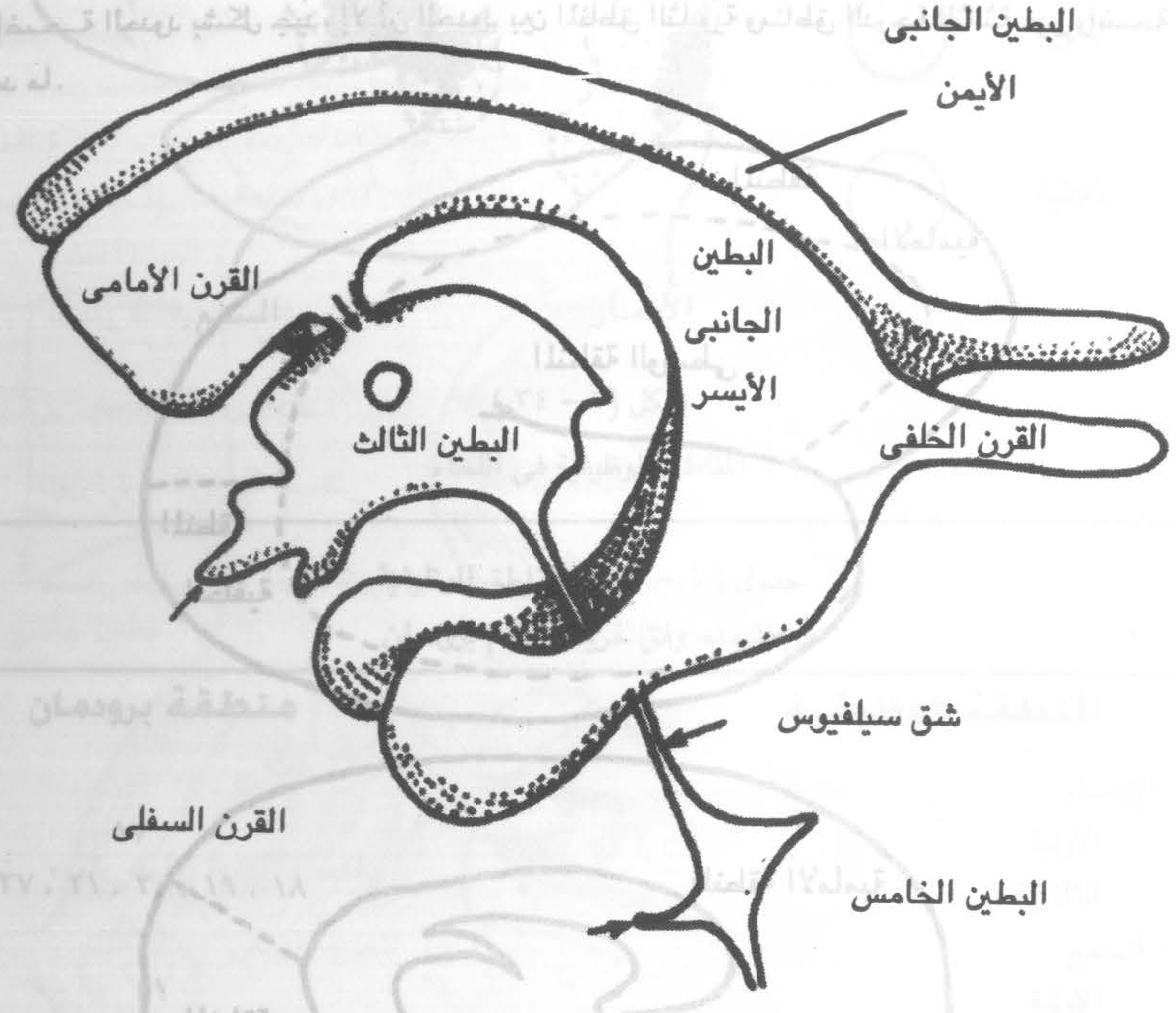
شكل (٤ – ٣٤) : منظر لوسط المخ .

الإمدادات العصبية

يتزود المخ بإمداداته الحسية ومخرجاته فى صورة أوامر حركية ، من خلال أثنى عشر عصب(١) مخى تدخل إليه من نقاط متعددة فى قاعدته. وهذه الأعصاب هى ١) الشمى(٢) (الروائح) ٢) البصرى(٣) (المرئيات) ٣) عصب حركة العين(٤) (ردود الفعل للضوء، الحركة الطرفية للعينين،

(1) Cranial nerve .
(2) Olfactory.
(3) Optic.
(4) Oculomotor.

وحركة جفن العين(١) ٤) الجمجمى(٢) (لحركة العـين الرأسية ٥) ثلاثى التـوائم(٣) (لحركـة المضـغ ٦) المبعد(٤) (حركة العين الطرفية) ٧) الوجهى(٥) (لحركة الوجه) ٨) السمعى(٦) (للسمع) ٩) اللسانى(٧) (للسـان والبلعوم) ١٠) إضـافات الحـبل الشوكى(٨) (عضلات العنق والأحشاء(٩)) ١١) تحت اللسانى(١٠) (لعضلات اللسـان) ١٢) والعصب الحائر (١١) ، أو العصب التائه (ويختص بالقلب والأوعية الدموية) (*)



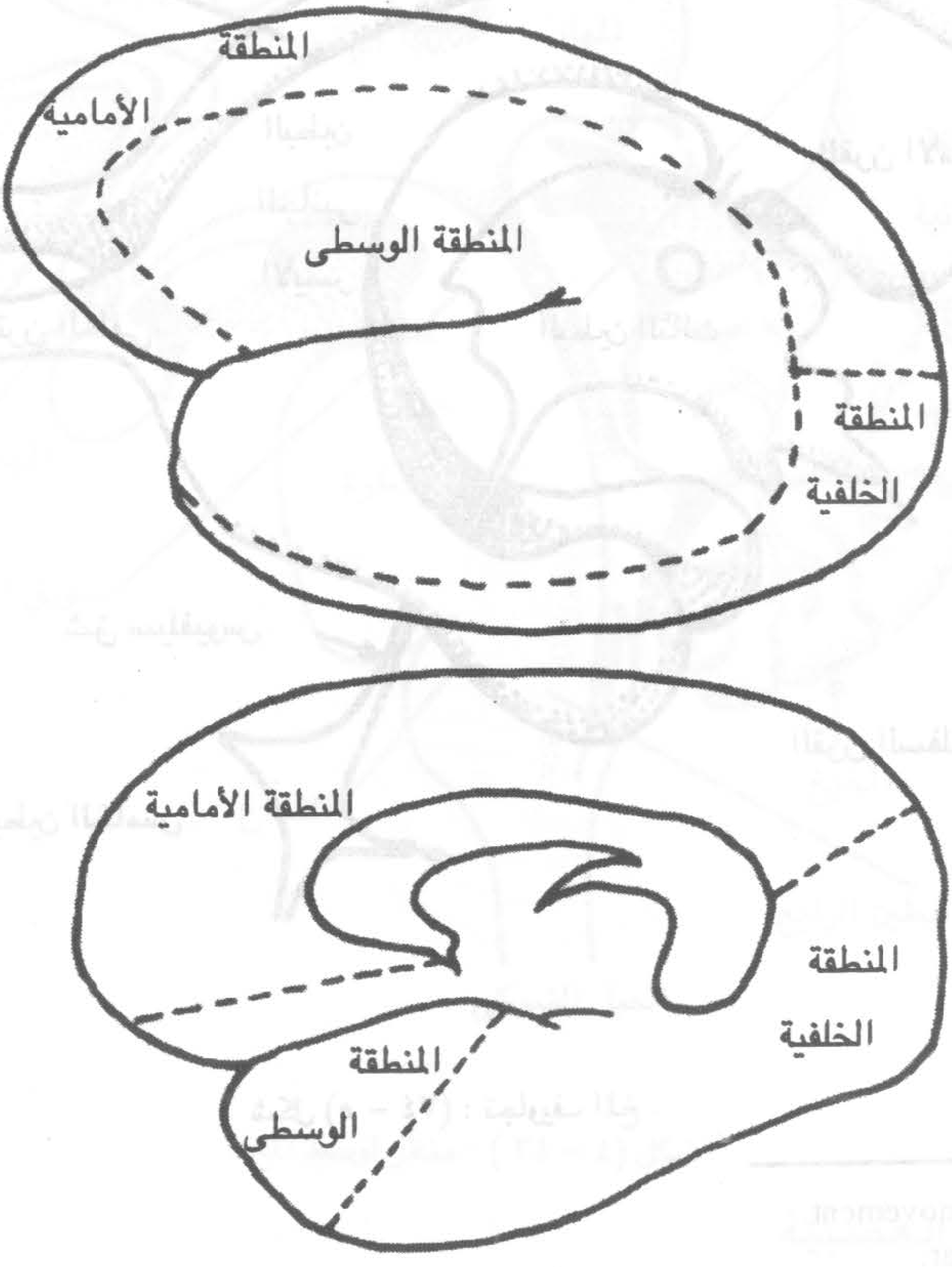
شكل (٥ – ٣٤) : تجاويف المخ .

(1) Eyelid movement.
(2) Trochlear.
(3) Trigeminal.
(4) Abducens.
(5) Facial.
(6) Auditory
(7) Glossopharangeal.
(8) Spinal accessory.
(9) Viscera.
(10) Hypoglossal.
(11) Vagus.

(*) (ولم يذكر في الاصل ، وقمنا باضافته) المترجم

مواضع مناطق اللحاء

تصل البيانات الحسية إلى اللحاء عبر الأعصاب الحسية ، حسبما ذكر من قبل ، إلى عدد قليل من المناطق المحدده جيدا تعرف باسم المناطق النووية أو الأولية (Luria, 1966; 1973). ومواضع المناطق الأولية الأربعة (ثلاثة منها حسية والرابع حركى) موضحة فى شكل (٧ - ٣٤) ومعرفة هذه المناطق الأولية هو الخطوة الأولى نحو فهم الطبوغرافيا الوظيفية للحاء. وقد تم أيضا إيضاح مواضع المناطق الثانوية ومناطق الدرجة الثالثة، غير أنه يتعين تذكر أنه على الرغم من أن المناطق الأولية والثانوية واضحة الحدود بشكل جيد، إلا أن الحدود بين المناطق الثانوية ومناطق الدرجة الثالثة غير واضحة إلى حد ما.



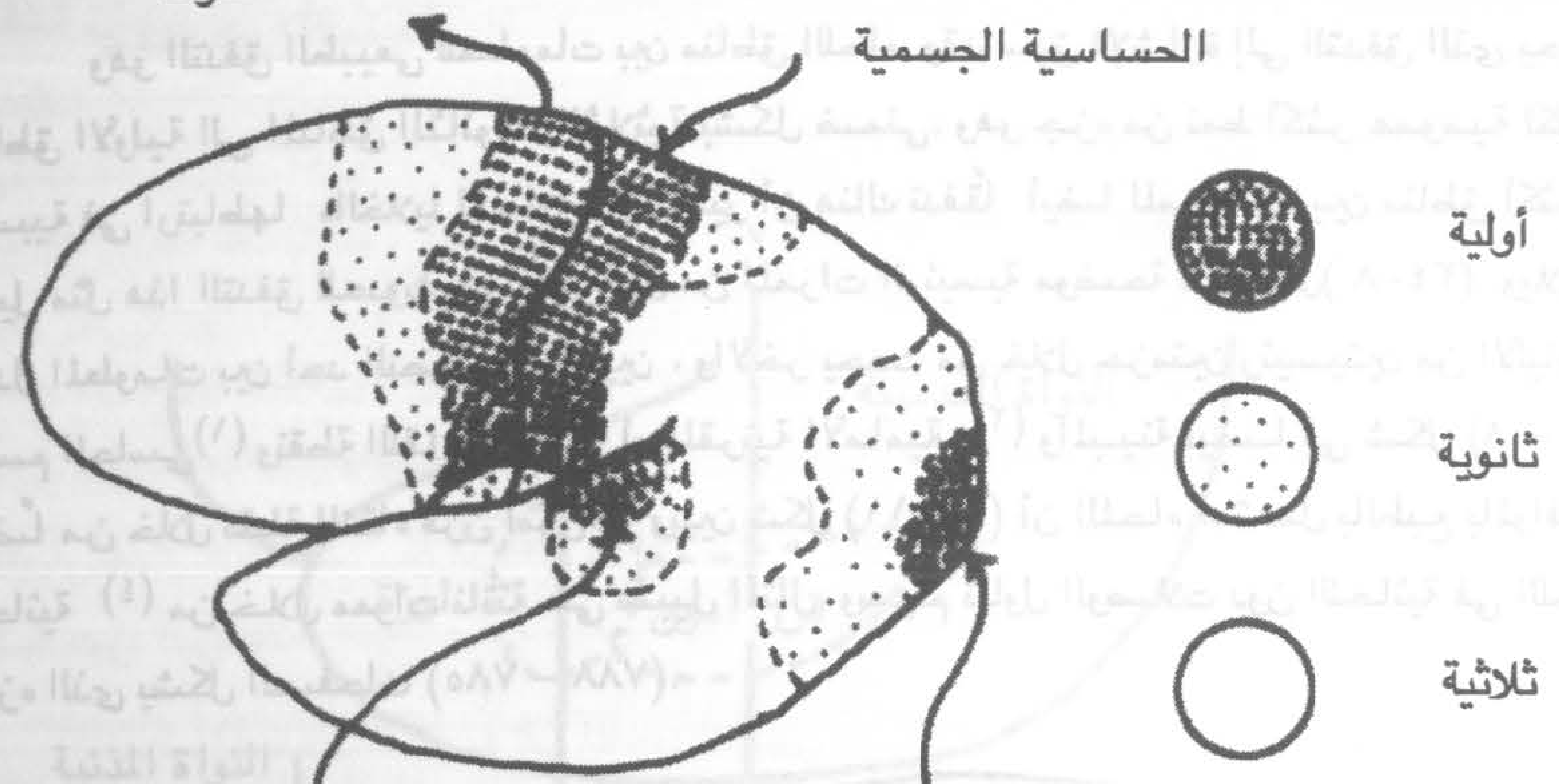
شكل (٦ - ٣٤) : مناطق اللحاء

التى تزود بالدم من خلال الشرايين اللحائية

الأمامية والوسطى والخلفية .

ويمكن إسقاطها على خريطة برودمان الخلوية [1] حسب المبين فى جدول (١ - ٣٤) (Kolb and whishaw, 1980)

(1) Cytoarchitectoatic



شكل (٧ – ٣٤)

المناطق الوظيفية فى اللحاء

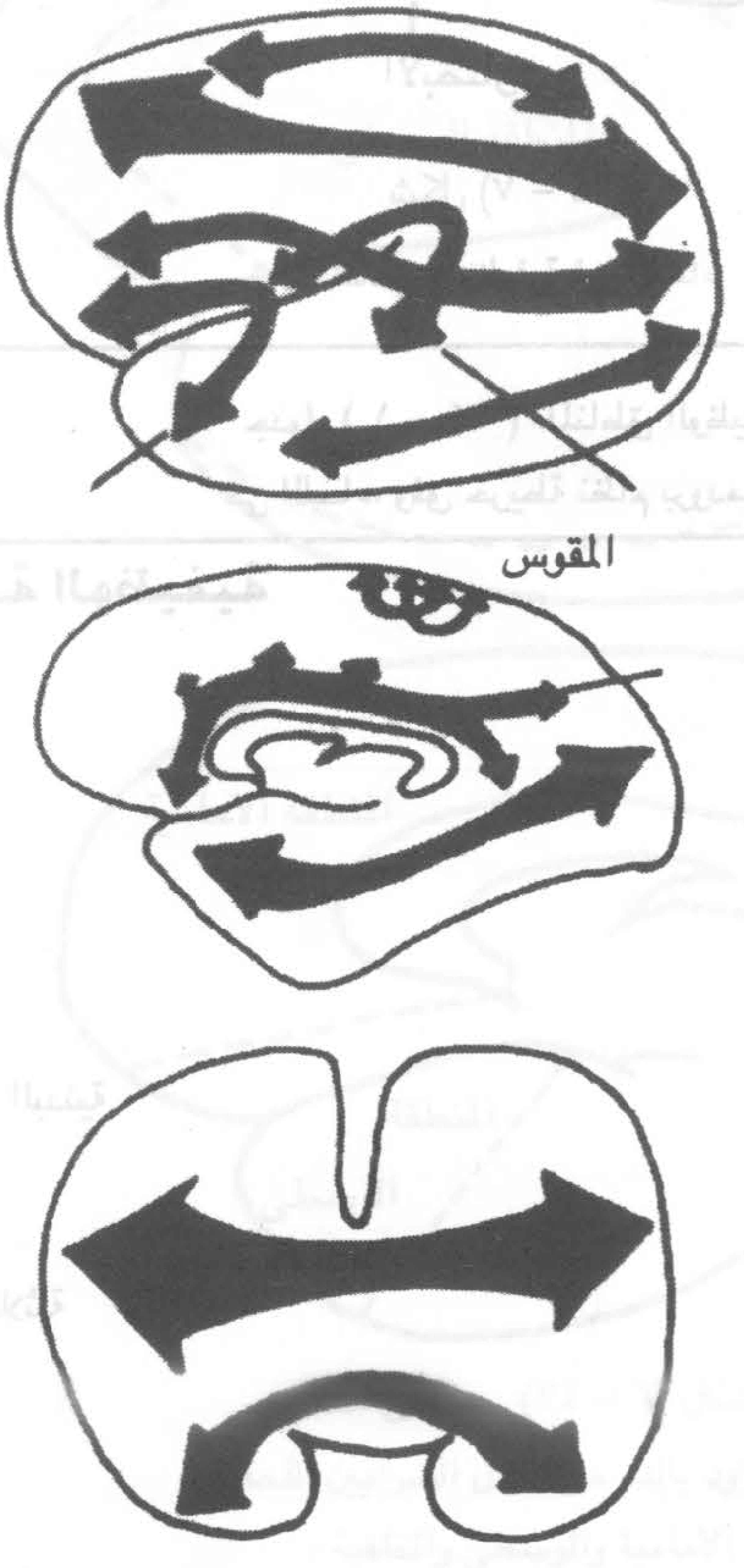
جدول (١ – ٣٤) :المناطق الوظيفية
فى اللحاء، وفق خريطة نظام برودمان .

المنطقة الوظيفية	منطقة برودمان
أ – الإبصار	
الأولية	١٧
الثانوية	١٨ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٣٧
ب – السمع	
الأولية	٤١
الثانوية	٢٢ ، ٤٢
جـ – الإحساسات البدنية	
الأولية	١ ، ٢ ، ٣
الثانوية	٥ ، ٧
د – الحساسية الثلاثية	٧ ، ٢٢ ، ٣٧ ، ٣٩ ، ٤٠
هـ – الحركية	
الأولية	٤
الثانوية	٦
حركة العين	٨
الكلام	٤٤
و – الحركة ، الثلاثية	٩ ، ١٠ ، ١١ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٤٧

المصدر : Kolb and whishaw (1980 , 1990 R) .

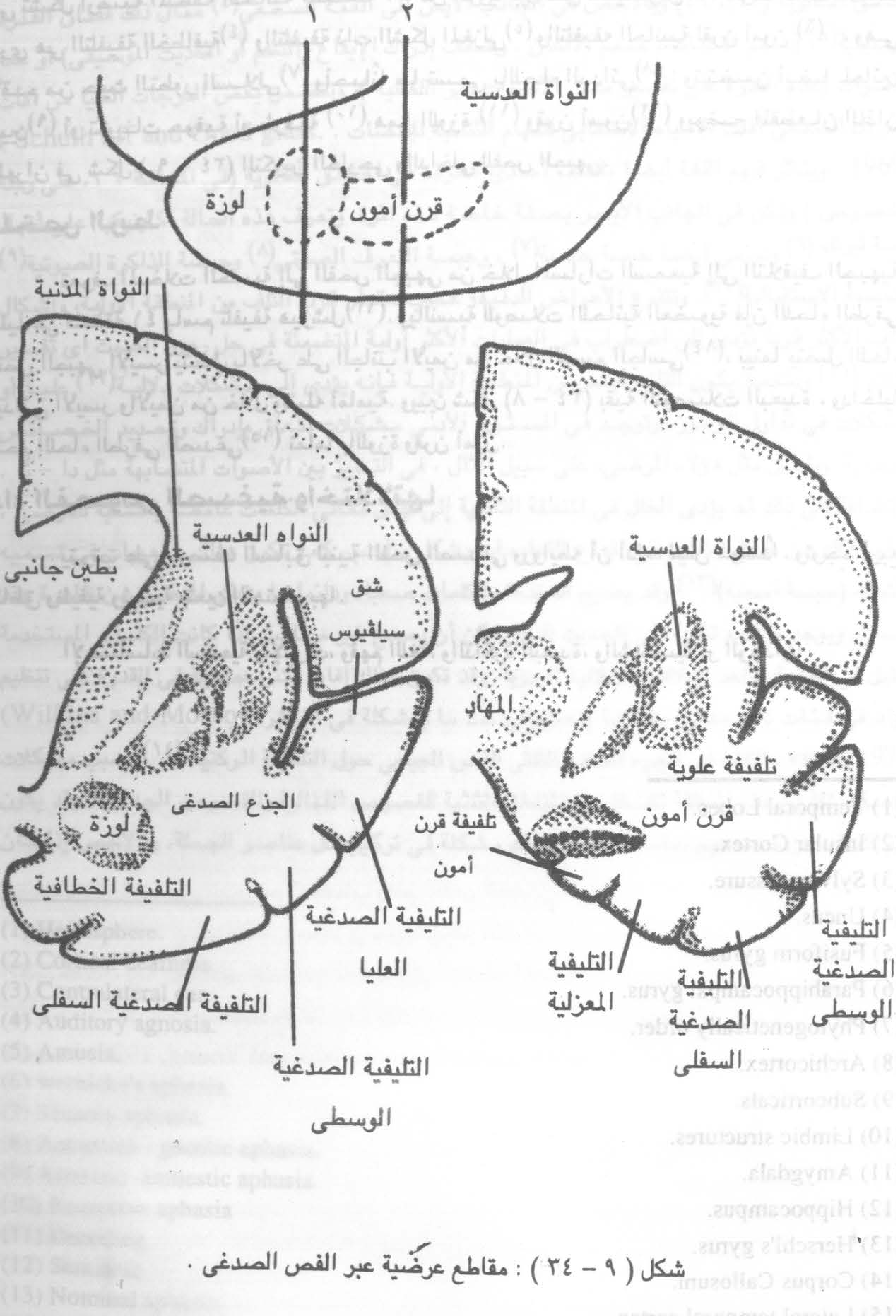
الوصلات الرئيسية بين مناطق اللحاء

وهو التدفق الطبيعى للمعلومات بين مناطق اللحاء. وقد سبق الإشارة إلى التدفق الذى يحدث من المناطق الأولية إلى المناطق الثانوية والثلاثية بشكل ضمنى. وهو جزء من نمط أكثر عمومية لكل خلية عصبية فى ارتباطها بالخلايا المجاورة لها. غير أن هناك تدفقاً أيضا للمعلومات بين مناطق أكثر بعداً. ويميل مثل هذا التدفق للحدوث عبر عدد قليل من الممرات الرئيسية موضحة فى شكل(٨-٣٤) ويلاحظ أن تبادل المعلومات بين أحد النصفين الكرويين ، والآخر يحدث من خلال حزمتين رئيسيتين من الألياف هما الجسم الجاسى[١] ونقطة اللقاء الأمامية أو المقرنية الأمامية [٢] والمبينة أيضا فى شكل (٨ - ٣٤) ، وأيضاً من خلال نقطة التقاء قرن أمون[٣] ويبين شكل (١١-٣٤) أن اللحاء ،متصل بالطبع بالمواقع تحت اللحائية [٤] من خلال ممرات ناتئة على سبيل المثال. وسيتم تناول الوصلات دون اللحائية فى اللحاء فى الجزء الذى يشكل الصفحات (٧٨٥ - ٧٨٨).



شكل (٨ - ٣٤) : الممرات اللحائية الرئيسية .

(1) Corpus callosum.
(2) Anterior Commisure.
(3) Hippocampal Commisure.
(4) Subcortical.



شكل (٩ – ٣٤) : مقاطع عرضية عبر الفص الصدغى .

الفصوص الصدغية (١)

ملخص البنية

يتألف السطح الطرفى من التلافيف الصدغية العلوية والوسطى والسفلية. وتختفى المنطقة اللحائية التى تشكل أرضية المنطقة اللحائية المنفصلة (٢) عن الرؤية بين شق سيلفوس (٣) مؤلفة ثلاث تلافيف أخرى هى التلفيفة الخطافية(٤) والتلفيفة ذات الشكل المغزلى(٥) والتلفيفه الجانبية لقرن أمون (٦) ، وهى الأقدم من حيث التطور السلالى(٧) وأحيانًا ما تسمى باللحاء البدائى(٨) ، وتتضمن أيضا لحائين فرعيين(٩) أو تكوينات حوفية أو طرفية (١٠) هما اللوزة (١١) وقرن أمون(١٢) ويوضح المقطعان اللذان يظهران فى شكل (٩ - ٣٤) التكوين الخارجى والداخلى للفص الجبهى.

ملخص الربط

تعرف المدخلات الحسية إلى الفص الجبهى من خلال المسارات السمعية إلى التلافيف الجبهية العليا فى المنطقة ٤١ باسم تلفيفة هيرشل(١٣). وبالنسبة للوصلات اللحائية العضوية فإن اللحاء الطرفى للفص الجبهى الأيسر يتصل بالآخر على الجانب الأيمن من خلال الجسم الجاسى(١٤)، بينما يتصل اللحاء البدائى الأيسر والأيمن من خلال وصله أمامية. ويبين شكل (٨ - ٣٤) بقية التوصيلات البعيدة ، وداخليا يلتحم اللحاء الطرفى الصدغى(١٥) تماما باللوزة وقرن أمون.

أداء الفصوص الصدغية واختلالاتها

يترتب على الوصف السابق لبنية الفص الصدغى وروابطه أن أداءه ليس موحداً. وتوجد أربع مناطق وظيفية رئيسية يتعين الاهتمام بها.

الإحساسات السمعية والإدراك، وفهم اللغة، والذاكرة البعيدة، والشخصية أو الوجدان

(1) Temporal Lobes.
(2) Insular Cortex.
(3) Sylvian fissure.
(4) Uncus.
(5) Fusiform gyrus.
(6) Parahippocampal gyrus.
(7) Phylogenetically order.
(8) Archicortex.
(9) Subcorticals.
(10) Limbic structures.
(11) Amygdala.
(12) Hippocampus.
(13) Herschl's gyrus.
(14) Corpus Callosum.
(15) Lateral temporal cortex.

الإحساسات السمعية : تضطرب الإحساسات السمعية نتيجة تلف فى المناطق الأولية البارزة أو فى النصف الكروى(1) الأيسر أو الأيمن أى فى تلفيفه هيرشل أو فى المنطقة رقم ٤١، ويمكن للتلف الطرفى الثنائى أن يؤدى إلى صمم لحائى(2). إلا أن التلف أحادى الطرف لا يؤدى إلى الصمم، ويؤدى بدلا من ذلك إلي مجرد زيادة عتبه الإحساس السمعى فى الأذن على الجانب الآخر(3). ويؤدى التلف فى المناطق الثانوية (٢٢ ، ٤٢) وبالأخص فى الجانب الأيمن إلى العمه السمعى(4) مثال ذلك فقدان القدره الموسيقية(5) (صمم النغمات ، صمم الألحان ، وضعف إدراك الإيقاع والنظم أو الحديث الموسيقى) أو عمه الأصوات (عدم القدرة على تفسير معنى الأصوات غير اللفظية). وتتضمن بعض الدرجات العليا من آفات الإدراك السمعى آفات الانتباه الانتخابى للمهام الثنائية للإنصات . ,Schulh off and Good glass) 1969) . ويتأثر فهم اللغة أيضا بالتلف أحادى الطرف فى المناطق الثانوية (فى المنطقة ٢ ٢، على وجه الخصوص) ولكن فى الجانب الأيسر بصفة خاصة هذه المرة. وتعرف هذه الحالة أكلينيكيا على أنها حبسة فيرنك (6) وتسمى أيضا حبسة حسية(7) ، وحبسة التعرف الصوتى(8) وحبسة الذاكرة الصوتية(9) والحبسة الاستقبالية(10). وتتنوع الأعراض الدقيقة حسب مقدار قرب التلف من المنطقة الأولية، وأشكال التلف الأكثر قربا تؤدى إلى اضطراب فى العمليات الأكثر أولية المتضمنة فى حل رموز الحديث اى تفسير الكلام (11) وعندما يكون التلف أبعد عن المنطقة الأولية فإنه يؤدى إلى مشكلات دلالية(12) عليا أو مشكلات فى تداول الرموز. وتوجد فى المستوى الأدنى مشكلات تتعلق بإدراك وتحديد الخصائص الصوتية. ويفشل مثل هؤلاء المرضى، على سبيل المثال ، فى التمييز بين الأصوات المتشابهة مثل دا – تا . بالإضافة إلى ذلك قد يؤدى الخلل فى المنطقة الثانوية إلى جعل معانى الكلمات غامضة بالنسبة للمرضى ، ويظهر ذلك من خلال فشلهم فى اتباع التعليمات بشكل مناسب، كما تكون هناك صعوبات فى تسميه الأشياء (حبسة أسميه)(13) وقد يصبح استدعاء الكلمات صعبا، ودائما ما يشكو المرضى من ظاهرة عقد اللسان. ويوجد بالطبع تأثير على الحديث الذى يمكن أن يصبح غير متماسك إذا كانت الكلمات المستخدمة تفشل فى إطاعة قواعد العلاقات الدلالية السوية. وقد تكون هناك آفات أكثر عمومية فى القدرة على تنظيم المواد فى فئات ذات معنى، وهو ما يتعلق إلى حد ما بمشكلة فى الذاكرة -Wilkins and Mosco) (vitch, 1978 والتلف فى الجزء الخلفى الثلثى للفص الجبهى حول التلفيفة الركنية (14) يسبب مشكلات خاصة طالما أن هذه المنطقة تتداخل مع المناطق الثلثية للفصوص القذالية والفصوص الجدارية. وقد يكون فهم كلمة مفردة صحيح تماماً، غير أن هناك مشكلة فى تركيب كل عناصر الجملة، وبالأخص إذا كان

---

(1) Hemisphere.
(2) Cortical deafness.
(3) Contralateral ear.
(4) Auditory agnosia.
(5) Amusia.
(6) wernicke's aphasia.
(7) Sensory aphasia.
(8) Acoustico - gnostic aphasia.
(9) Acoustic -amnestic aphasia.
(10) Receptive aphasia
(11) Decoding.
(12) Semantic.
(13) Nominal aphasia.
(14) angular gyrus.

الأمر يتطلب وضع هذه العناصر فى سياق منطقى أو مكانى (أى إذا كان سام أطول من بيل، وكان توم أقصر من سام، فمن هو الأطول فيهم؟) وقد يؤثر التلف هنا فى القراءة من خلال إحداث خلل بين النماذج المتبادلة للإبصار والسمع (مثال ذلك : Luria, 1973 فى مناقشتة للحبسة الدلالية).

الذاكرة البعيدة (١) هى الأكثر تأثرا ويعمق بما يحدث فى كلا الفصين الصدغيين فى ناحيتيهما الوسطيين أو قرنى أمون، كما يحدث عند استئصال الفصين الصدغيين (٢) للتخلص من الصرع البؤرى (Falconer et al., 1955) ويعد قرن أمون أو زملة الصدغ الثنائى(٣) أحد أشد أشكال فقدان الذاكرة اللاحق(٤) ، أى عدم قدرة تكاد أن تكون تامة على تعلم مواد جديدة والاحتفاظ بها. ويسبب التلف الأحادى الأمامى أو فى وسط جوانب قرن أمون للفص الجبهى أفات تختلف حسب موضع التلف. ويؤدى استئصال الفص الجبهى الأيسر إلى آفات بسيطة فى التعلم اللفظى والذاكرة (Blackmore and Fal- coner, 1987; Rausch, 1981) والذى يختلف فى شدته جزئيا طبقا للمقدار الذى أزيل من قرن أمون (Jones - Gotman and Milner, 1978) ويكون المرضى ضعاف، على سبيل المثال - فى تذكر قطعة نثرية بعد مرور ساعة تقريبا، ويكونون بطيئين فى تعلم قوائم ما ير للأزواج المترابطة (٥). ويؤدى الاستئصال فى الجانب الأيمن من ناحية أخرى إلى آفات بسيطة فى الذاكرة غير اللفظية أو المكانية، ومرة أخرى تختلف شدتها اعتمادا على القدر الذى تم استئصاله (Corkin, 1965 ; Milner, 1965) وقد تكون هناك صعوبات فى تذكر الوجوه أو الرسوم المعقدة على سبيل المثال ، أو صعوبات فى تعلم الطرق أو المتاهات.

الشخصية

ارتبطت مشكلات الشخصية منذ فترة طويلة بصرع الفص الصدغى(٦)، وتلف الفص الصدغى، وتتضمن هذه المشكلات : العدوانية (Falconer et al., 1955) ، تغير العادات الجنسية والرغبات، التدين، والبرانويا (انظر مراجعة Bear and Fedio, 1977) والإصابة بانهيار ذى طبيعة ذهانية أو اضطراب فى التفكير يتعلق بالجانب الأيسر (Flor - Henry, 1969) والاختلاط فى الانفعالات وفى التحكم فيها يتعلق بالأجزاء اليمنى (Lishman, 1968) . ويجب عند هذه المرحلة الإشارة إلى نقطة عامة تنطبق على كل من التحليل والوصف الخاص بالفصوص ووظائفها. وهى إنه من السهل الحديث هنا بتعبيرات الزُملات (مثال ذلك زُملة الفص الثنائى) أو مجموعات الأعراض (مثال ذلك فقدان الذاكرة أو مشكلات الذاكرة) وقد تقدم علم الأعصاب وعلم النفس العصبى كثيرا من خلال القيام بذلك. و على الرغم من هذا، دائما ما يوجد تناقض جوهرى حول ما إذا كان للزملات وجود أم لا، فإذا كان لها وجود، فما الذى تشكله، وما الوظائف الأساسية التالفة فيها. والبديل للمسميات العريضة والتجارب على المجموعات هو تحليل كل حالة بتفصيل دقيق، والتكوين التدريجى لنموذج للعمليات المعرفية خلف الآفات الملاحظة (Ellis and Young, 1988) .

---

(1) Long - term memory.
(2) bilateral temporal lobectomy.
(3) bi - temporal syndrome.
(4) Anterograde amnesia.
(5) Meyer's paired associate Learning test.
(6) Temporal Lobe epilepsy.

اختبارات أداء الفص الصدغى

قد توحى كل الملاحظات الأكلينيكية للمجالات التى سبقت الإشارة إليها بالحاجة لمزيد من التقييم النفسى العصبى (والسيكايترى)

فإذا تناولنا اختبارات الذاكرة : فيتعين أولا أن تكون بعض الاختبارات ذات طبيعة لفظية لكى تكشف عما يتعلق بالفص الأيسر، مثال ذلك :

١) الاستدعاء المتأخر للمقاطع الخاصة بالذاكرة المنطقية من مقياس وكسلر للذاكرة (Powell, 1979; Rausch, 1981; Delaney et al., 1980; Milner, 1967; 1975)

٢) الأداء على الصورة اللفظية فى مقياس ماير لتعلم الأزواج المترابطة(Meyer, 1957; 1959 ; Meyer and Yates, 1955; Blackmore and Falconer, 1967)

٣) الأداء على الاختبار الفرعى لتعلم الأزواج المترابطة من مقياس وكسلر للذاكرة (Rausch, 1977).

وعلى العكس من ذلك يتعين أن تكون بعض الاختبارات مكانية أو غير لفظية فى طبيعتها ؛ لكى تكشف عن العجز فى الفص الصدغى الأيمن مثال ذلك :

١) الاستدعاء المتأخر فى أشكال راى[1] (Rey, 1959; Powell, 1979; Taylor, 1969)

٢) اختبار بنتون للاستدعاء البصرى [2] (Benton, 1955)

٣) حالتى الاستدعاء الفورى والمتأخر فى الاختبار الفرعى للاستعادة البصرية من اختبار وكسلر للذاكرة (Delaney et al., 1980; Rausch, 1981)

٤) التعلم البصرى أو اللمسى للمتاهة (Corkin, 1965; Milner, 1965)

٥) تعرف الأشكال المتكررة عديمة المعنى (Kimura, 1963)

واختبارات اللغة التى قد يكون استخدامها مفيداً ، هى :

١) اختبار الرموز[3] والذى يتعين على المفحوصين فيه أن يتبعوا تعليمات متزايدة التعقيد (DeRenzi and Vignolo, 1962; McNeil and Prescott, 1978)

٢) اختبارات التسمية والاستقبال[4] فى اختبار مينسوتا للتشخيص الفارق للحبسة [5] (Schuell and Sefer, 1973; Powell et al., 1980)، أو أختبار بوسطن لتشخيص الحبسة [6] (Goodglass and Kaplan, 1972) أو الفحص الشامل للمركز العصبى الحسى للحبسة [7] (Spreen and Benton, 1969)

---

(1) Rey Figure.
(2) Benton Visual retention test.
(3) Token.
(4) Receptive.
(5) Mennesote test of the differential diagnosis of aphasia.
(6) Boston diagnostic aphasia test.
(7) Neurosensory Center Comprehensive examination for aphasia.

الفصوص الجدارية (١)

ملخص البنية

توجد، من منظور طرفى، التلفيفة بعد المركزية(٢) خلف الشق المركزى مباشرة (المناطق ١ ،٢ ،٣) يتبعها الفصيص الجدارى الأعلى(٣) (٥ ، ٧) والفصيص الجدارى الأدنى(٤) والتلفيفه الركنية. ويشمل الفص الجدارى من منظور وسطى الجزء العلوى من الفصيص قرب المركزى (٥) (١، ٢، ٣، ٥) والفصيصة المضلعة أو الوترية (٦) (٧ ، ٣١)

ملخص الربط

يشكل الجزء الأمامى من الفص الجدارى (المنطقة ١، ٢، ٣ للتلفيفة فوق المركزية) موضع تلقى المعلومات الحسية الجسمية (٧) ، وهى منطقة أولية تغذى بقية المناطق الجدارية بالمعلومات، وتقوم المناطق الثانوية والثلثية بتحليل هذه البيانات الأولية وإحداث التكامل بينها وتوصيلها إلى اللحاء الأمامى والصدغى حيث تنساب نازلة نحو العقد العصبية والحبل الشوكى.

وظائف الفص الجداري واختلالات وظائفه

يترتب على الوصف السابق ملاحظة أن الوظائف الرئيسية للفص الجدارى هى : ١) استقبال وتمييز البيانات الجسمية الحسية الأساسية. ٢) تحليل وادراك هذه البيانات. ٣) ربط هذه البيانات بالمعلومات السمعية والبصرية المتاحة من اللحاء الصدغى والقذالى. ٤) المساعدة على التحكم فى الحركة الجسمية.

التمييز الحسي الجسمي(٨) : ويتضمن اللمس، والإحساس بموضع الجسم (الحركة) والألم، والحرارة، والذبذبة. وتحدث زيادة عتبة هذه البيانات عند وجود تلف فى منطقة رولند (٩) فى التلفيفة المركزية الخلفية (Semmes et al., 1960; Corkin, 1964; Corkin et al., 1970) ويمكن الكشف عن هذا التلف باختبارات مثل نقطتى التمييز، الإحساس بالضغط، وتحديد موضع النقطة(١٠) . ويحدث التلف خارج هذه المنطقة الأولية فقدان حسى عابر، غير أن اضطرابات الإدراك اللمسى تكون شائعة، وقد يكشف المريض عن فقدان اللمس(١١) أي عدم القدرة على تعرف الأشياء المتداولة بالأيدى عند تغطية عينيه (Hecaen and Albert, 1978; Brown, 1972).

وعند حدوث تلف فى المناطق الثلاثية (١٢) قد يصبح المريض عاجزاً فى مهام المضاهاة بين الصيغ المختلفة (اللمسية – البصرية، البصرية اللمسية، السمعية البصرية . وهو ما توصل إليه بترز

(1) Parietal Lobes.
(2) Post Central gyrus.
(3) Superior parital Lobule.
(4) Inferior parital Lobule.
(5) Paracentral Lobule.
(6) Precuneus.
(7) Somatosensory information.
(8) Somatosensory discrimination.
(9) Rolandic area.
(10) Point Localisation.
(11) Astereognosis.
(12) Tertiary Zones.

وبرودى (1968) Butters and Brody اللذان أكدا أن القدرة على المضاهاة بين الإشارات السمعية والبصرية متطلب أولى للقراءة. وأخيرا، فبالنسبة للوظائف الحركية، يسهم الفص الجدارى فى المناطق ٧ ، ٤٠ فى الحركات الكبيرة (وليس الدقيقة) وبالتالى فإن العمه الحركى (١) (أى الاضطراب الحركى) الذى يلاحظ بعد حدوث تلف فى الفص الجدارى يميل للاقتصار على كامل الجسم أو على كامل حركات الأطراف، ولايتضمن مثلا حركة الأصابع الدقيقة أو الحركات الوجهية (Geschwind, 1975, Kimura, 1980).

ولا تتساوى هذه الأقسام الأربعة للوظيفة المعتمدة على البنية فى تعقدها بالنسبة للفصوص الجدارية، طالما أن أشكال التلف يمكن أن تُحدث هنا مجموعة محيرة من الأعراض. وتميل الخاصية الشائعة لهذه المجموعة لإظهار أن المهام تتطلب نوع ما من التحليل المكانى. ويتضمن ذلك ضعف التعرف على الأشياء البصرية وانخفاض فى قدرة تعرف على الأشياء من منظور بصرى (Warrington and Taylor, 1973) وقد وجد ذلك بصورة أكثر تكرارا فى حالات التلف فى الجانب الأيسر منه فى الجانب الأيمن (Warrington and Robin, 1970) وتتضمن بعض الأعراض الناتجة عن التلف فى الجانب الأيسر اضطرابات القراءة أو العمه القرائى(٢) و اضطراب فى عمليات الحساب العقلية - وبالأخص إذا كانت المشكلات الحسابية تتطلب بعض التخيلات المكانية ، مثال ذلك عند استخدام أعمدة لإجراء عمليات جمع وطرح (Luria, 1973) - والتوجه يسارا ويمينا (Benton, 1959) وتتضمن الاختلالات فى التحليل المكانى أيضا - مشكلات الإمساك بشئ وحركة العين كما وجدت فى زملة بالينت(٣). وتميل بعض المؤشرات الأخرى على التلف فى الفص الجدارى للإشارة إلى تركيز فى الاتجاه الأيمن، بما فى ذلك الإهمال فى الجانب العكسى. وحيث يسلك المريض ويتحدث كما لو أن الجانب الأيسر من الجسم والمدى البصرى الأيسر لا وجود لهما (Battersby et al., 1956) وعدم إدراك المرض أو الاعتراف به(٤) (أى الفشل فى إدراك المرض أو الاختلال) وقد يكون هناك أيضا اضطراب عام فى لغة الجسم(٥).

وتظل هناك أعراض أخرى يمكن وجودها فى حالة التلف سواء فى الجانب الأيمن أو الأيسر، بما فى ذلك عدم القدرة على الرسم، أو عدم القدرة على رسم أشكال ثلاثية الأبعاد باستخدام العصى أو المكعبات، وهى ما تسمى العمة التشكيلى(٦) (Piercy et al., 1960) وعلى الرغم من ذلك فإن العمة التشكيلى قد لا يكون كينونه واحدة أو مفردة. وقد يفشل أصحاب التلف فى الجانب الأيمن أو الأيسر فى الأعمال التشكيلية ذاتها، ولكن لأسباب مختلفة تماما . (Benton, 1967) ويفشل أصحاب التلف فى الجانب الأيسر لأن التحليل اللفظى والتحكم الحركى هو الذى توجد به الآفة، ويفشل أصحاب التلف فى الجانب الأيمن لأن الآفة فى مركز التحليل المكانى. وبالتالى يمكن للمرء أن يتخيل آفة تنفيذية(٧) مقابل آفة إدراكية(٨) .

(1) Apraxia.
(2) Alexia.
(3) Balint's Syndrome.
(4) Anosognosia.
(5) Body Language.
(6) Constructional apraxia.
(7) Executive.
(8) Perceptual.

وأخيراً، فللفصوص الجدارية دور تلعبه فى الذاكرة القصيرة، حول التلفيفة الركنية (المناطق ٣٩، ٤٠) (Warrington and weiskrantz, 1973).

اختبارات أداء الفص الجدارى

تقاس وظائف الإحساس الجسمي بواسطة الاختبارات الإكلينيكية مثل اختبار التمييز بين نقطتين[١] (Corking et al., 1970) بينما يمكن استخدام لوحة أشكال - سيجوين - جودارد[٢] فى المستوى الأعلى (Tuber and weistein, 1954) لقياس التعرف الحسى على الأشكال. وتتضمن اختبارات التعرف البصرى مقياس جولين للاشكال غير الكاملة[٣] (Warrington and Rabin, 1970) أو اختبار الإغلاق لمونى[٤]. ويمكن قياس القدرة على التعامل مع العلاقات المكانية باستخدام مجموعة كبيرة متعددة من الاختبارات التى تتضمن تصميم المكعبات [٥] وتجميع الأشياء[٦] من اختبار وكسلر للراشدين (WAIS) ونقل أشكال رى، والجزء الخاص بالنقل[٧] من اختبار بنتون للاحتفاظ البصرى (Benton, 1962) وخريطة سيمز الحركية[٨] (Semmes et al., 1963). وتتضمن بطارية اختبارات لوريا اختبارات الأداء الحسابى (Christensen, 1975) فى الجزء الخاص بالتركيب شبه المكانى[٩]، وفى الصورة المقننة من الاختبارات المعروفة باسم بطارية لوريا - نبراسكا العصبية النفسية[١٠] (Golden, 1981) وغالبا ما تكتشف بقية خصائص التلف فى الفص الجدارى مثل العمه الحركى والإهمال الطرفى الاحادى[١١] والمضاهاة بين النماذج، من خلال الملاحظة الإكلينيكية والاختبارات ،التى تصمم خصيصاً لذلك ، وليس بأى اختبارات مقننة.

الفصوص القذالية [١٢]

يتكون على السطح الطرفى الفص القذالى من التلفيفة القذالية الجانبية [١٣]. والعمود القذالى[١٤] الذى يندمج غير متميز فى الفص الجدارى والفص الصدغى ، ويوجد عند خط الوسط فى السطح الشق [١٥]، والتلفيفه اللسانية [١٦] مفصولة عن الفص الجدارى بالشق الجدارى القذالى [١٧] ويتكون الفص القذالى من المناطق ١٧، ١٨، ١٩ مرتبة بتمركز متميز (المنطقة ١٩ تحيط بالمنطقة ١٨ والتى تحتيط بدورها بالمنطقة ١٧).

---

(1) Two points discrimination.
(2) Seguin - Godard Formbad.
(3) Gollin's incomplete figures.
(4) Mooney closure test.
(5) Block design.
(6) Object assembly.
(7) Copy
(8) Semmes Locomotor map.
(9) Quasi - spatia/ Synthesis.
(10) Luria - Nebraska Neuropsy chological / Battery.
(11) Unilateral neglect.
(12) Occipital Lobes.
(13) Lateral occipital gyrus.
(14) Occipital pole.
(15) Cuneus.
(16) Lingual gyrus.
(17) Parieto - occipital fissure.

ملخص الربط

تتلقى المنطقة ١٧ الإحساسات من الشبكية[١] عبر ممر يحتوى على العصب البصرى[٢] ، والتصالب البصرى[٣] والمسارالبصرى[٤] والنويات الركبية الظهرية المخططة [٥] ثم عن طريق الشع البصرى ، عبر الألياف الركبيه المهمازية [٦] إلى اللحاء. غير أنه يتعين ملاحظة أن المعلومات البصرية تصل أيضا إلى المناطق الثلثية البصرية اللحائية[٧] من خلال ممر ثانى يدعى النظام المحدب للتلاموس البصرى[٨] والعصب البصرى والحدبة التوأمية العليا [٩] والمهاد الجانبى الخلفى[١٠] والمنطقة المحدبة [١١] ، والمناطق ٢٠، ٢١ وتشع الوصلات من النويات الأولية [١٢] إلى المنطقة الثانوية (١٨ أو شبه المحززة [١٣]) ثم إلى المناطق الثلثيـة (١٩ أو قبل المحـززة [١٤]) وتوجد التوصيلات البعيدة مع الفصوص الصدغية (مسار طولى أدنى [١٥]) والفصوص الجهية (مثال ذلك المسارات القذالية الجبهية العلوية والسفلية).

وظائف الفصوص القذالية.

يشارك النظام الركبى المخطط [١٦] أساسا فى ادراك الشكل واللون، والنمط. ويشترك النظام المحدب للمهاد البصرى[١٧] فى تحديد مواضع الأشياء فى الفراغ. ومن هناك فإن هذا الأخير يميل إلى تحديد الأشياء ؛ لكى تحلل تفصيلاً بواسطة الأول.

ويؤدى التلف فى أى جزء فى النظام الركبى المخطط وحتى المناطق اللحائية الأولية[١٨] ، بما فيها هذه المناطق إلى آفات فى المجال البصرى مثل عمه نصف المجال المتجانس[١٩] (عمى فى المجال البصرى الأيمن أو الأيسر) أو عتمات [٢٠] (نقاط عمياء) والتى تغشى العين فيها حركات دقيقة أحيانا يشار إليها على أنها تذبذب المقلتين السريع اللإرادى (رأرأة) [٢١].

---

(1) Retina.
(2) Optic nerve.
(3) Optic chiasm.
(4) Optic tract.
(5) Lateral geniculate nucleus.
(6) genisculostriate radiations.
(7) Tertiary visual Cortex.
(8) Tecopulvinar system.
(9) Superior colliculus.
(10) Lateral posterior thalamus.
(11) Pulvinar.
(12) Primary nucleus.
(13) Pare straite region.
(14) Prestraite region.
(15) Inferior longitudinal tract.
(16) Geniculostriate system.
(17) Tectopulivnar system.
(18) Primary cortical zones.
(19) Hemianopia.
(20) Scotomas.
(21) Nystagmus.

ويسبب التلف فى المناطق الثانوية والثلثية أفات من مستوى أعلى ؛ وحيث يكون العمه البصرى هو الأكثر تعلقًا هنا ، ومنها :

١– عمه إبصار[١] الأشياء وهو عجز عن تسمية أو استخدام الأشياء المعروضة بصريا أو التعرف عليها. ويحدث ذلك فى غياب هذه الآفة عندما تكون الأشياء نفسها معروضة لمسيا[٢] ، وهو أمر شائع غالبا بعد التلف فى الجانب الأيسر.

٢ – عمه لادراية[٣] وحيث يمكن إدراك جانب واحد فقط من الشئ الواحد فى الوقت الواحد.

٣ – عمه تعرف الوجوه[٤]. وهو عدم القدرة على تعرف الوجوه، ويوجد أساسا بعد حدوث تلف فى الجانب الأيمن.

٤ – عمه الألوان[٥] ونسيان أسماء الألوان[٦] والذى ربما يتعلق بتلف فى الجانب الأيسر.

٥ – عدم إدراك الألوان[٧] أو عمه الألوان[٨] وهو عدم القدرة على تمييز التدرج اللونى، ويحدث بعد التلف فى الجانب الأيمن على وجه الخصوص.

٦ –عمه قاصر على الكلمات [٩] أو عمى كلمات[١٠] دون وجود عجز فى الكتابة[١١] ، وهو عدم القدرة على قراءة الكلمات ولكن مع بقاء القدرة على كتابتها، وهى زملة عدم اتصال بالنصف الكروى الأيسر.

اختبارات وظائف الفص القذالى

يمكن رسم خريطة لآفات المجال البصرى بدقة من خلال محلل للمجال البصرى[١٢] يعرض نقاط من الضوء فى مواضع مختلفة، ودائما ما يكتشف العمه ، من خلال اختبارات تصمم خصيصا لهذا الغرض.

الفصوص الجبهية

ملخص البنية

تشكل الفصوص الجبهية [١٣] ثلث كتلة المخ كما أنها أحدث جزء فى الدماغ ، وينقسم الفص الجبهى عن الفص الجدارى بواسطة الشق المركزى[١٤] وعن الفص الصدغى بشق سيلفان [١٥] وعلى

(1) Visual object agnosia.
(2) Tactually.
(3) Simultanagnosia.
(4) Prosopagnosia.
(5) Colour agnosia.
(6) Colour anomia.
(7) Colour imperception
(8) Achromatopsia.
(9) Pure word blindness.
(10) Agnosic alexia.
(11) Agraphia.
(12) Visual Field analyser.
(13) Frontal Lobes.
(14) Central Fissure.
(15) Sylvian Fissure.

السطح الطرفى لدنيا التلافيف العليا والوسطى والدنيا والتى تقع داخليا بين القطب الجبهى[١] والتلافيف الجبهية الدنيا والوسطى وخارجيا بين التلفيفة قبل المركزية[٢]، وتوجد على السطح الأوسط التلفيفه الحزامية أو الطوقية[٣] والتى تلى منحنى القنطرة[٤] للجسم الجاسى والمنطقة المحاذية للشمية[٥] والمحيطة بالبصيلة الشمية[٦]. واللحاء نفسه دائما ما ينقسم إلى نمطين حبيبى[٧] وغير حبيبى[٨] اعتمادا على ما إذا كانت طبقات الخلايا الثانية أو الرابعة هى الغالبة أو الغائبة والمناطق أرقام ٤ ، ٦ وجزء من المنطقتين ٨، ٤٤ غير حبيبية وهى تقع أدنى الشق المركزى مباشرة. وتسمى بقية المناطق اللحاء الجبهى الحبيبى[٩] أو اللحاء قبل الجبهى[١٠].

ملخص الربط

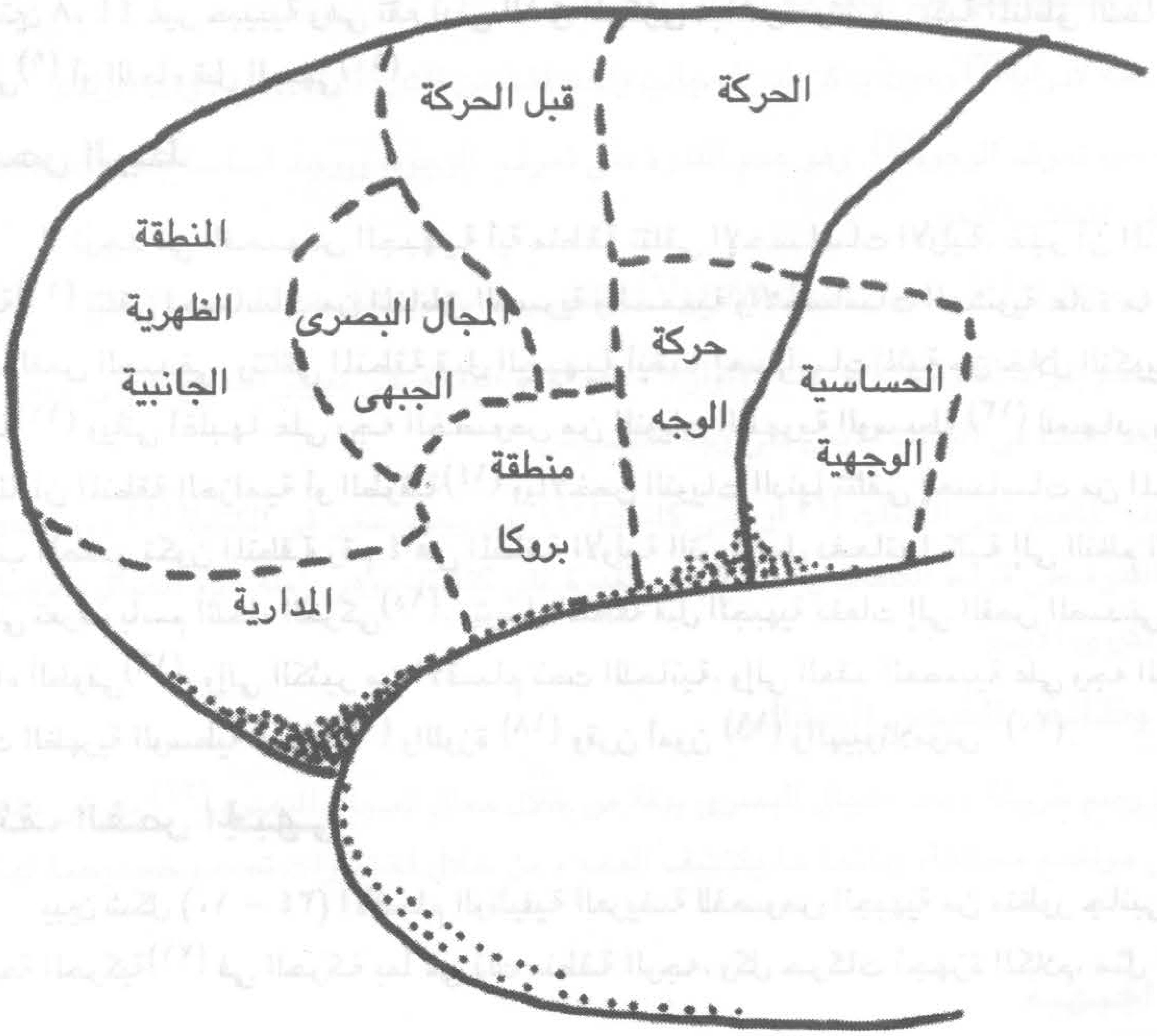
لا توجد فى الفصوص الجبهية أية منطقة تتلقى الإحساسات الأولية، غير أن المنطقة قبل الجبهية[١١] تتلقى إحساسات من المناطق البصرية والسمعية والاحساسات الحشوية عادة ما تكون من خلال الفص الصدغى. وتتلقى المنطقة قبل الجبهية أيضا إحساسات غنية من خلال التكوينات تحت اللحائية[١٢] ويأتى أغلبها على وجه الخصوص من النويات الظهرية الوسيطة[١٣] للمهاد. ومن المهم ملاحظة أن المنطقة الحزامية أو الطوقية[١٤] وبالأخص النويات الدنيا تتلقى إحساسات من المهاد. ومن الجانب المُصدر تكون المنطقة رقم ٤ هى المنطقة الأولية التى ترسل دفعاتها كلية إلى النظم العضلية، وبالتالى تعرف باسم اللحاء الحركى[١٥]. وترسل المنطقة قبل الجبهية دفعات إلى الفص الصدغى والجبهى واللحاء الطوقى[١٦]، وإلى الكثير من الأقسام تحت اللحائية، وإلى العقد العصبية على وجه الخصوص والنويات الظهرية الوسطية للمهاد[١٧] واللوزة[١٨] وقرن أمون[١٩] والهيبوثلاموس[٢٠].

وظائف الفص الجبهى

يبين شكل (١٠ – ٣٤) الأقسام الوظيفية العريضة للفصوص الجبهية من منظور جانبى، وتتحكم الشريحة الحركية[٢١] فى الحركة بما فى ذلك منطقة الوجه، وكل حركات أجهزة الكلام، مثل الشفتين،

(1) Frontal pole.
(2) Precentral gyrus.
(3) Cingulate gyrus.
(4) Arched curve.
(5) Parolfactory area.
(6) Olfactory bulb.
(7) Granular.
(8) Agranular.
(9) Frontal granular cortex.
(10) Prefrontal cortex.
(11) Prefrontal region.
(12) Subcortical.
(13) Dorsomedia nucleus.
(14) Cingulate area.
(15) Motor cortex.
(16) Cingulate cortex.
(17) Thalamus.
(18) Amygdala.
(19) Hippo campus.
(20) Hypothalamus.
(21) Motor Strip.

واللسان، والبلعوم، وهى منطقة أولية وفق مصطلحات لوريا Luria . وتنتظم المنطقة قبل الحركية وهى منطقة ثانوية، الحركة المفردة فى تتابع منظم (Kolb and Milner, 1981) .



شكل (١٠ – ٣٤)

الأقسام الوظيفية للفصوص الجبهية .

ويمكن للتلف فى منطقة الوجه [١] أو حولها أن يسبب عطبا فى التلفظ[٢] على سبيل المثال – وهو عدم القدرة على الحديث بسرعة وبشكل صحيح أو عطبا فى الجانب الاستقبالى ، عبارة عن عدم القدرة على تمييز الوحدات اللفظية الصغرى[٣] بشكل صحيح (Taylor, 1979). ومن حيث العادات ذات العلاقة فإن التلف فى المجال الجبهى للعين يحدث خللاً فى القدرة على التحديق الارادى مسبباً صعوبة فى

(1) Face area.
(2) Dysarthria.
(3) Phonemes.

عمليات الإحاطة البصرية المنظمة لتتابع من الأشكال على سبيل المثال (Teuber, 1969; Taylor, 1969; Guitton et al., 1982) أو اختلالاً فى قدرة المريض على الإحاطة بصورة معقدة ، عندما يحاول تجريد أكثر خصائصها أهمية (Luria, 1973) ، وقد يكون هناك أيضا فقدان عام فى الحركة الدقيقة (Kuypers, 1981) أو فى القوة (Leonard et al., 1988) وبقية المناطق ثلثية، وتأثيرات التلف تحدث على نطاق واسع (نطاق شديد الاتساع) ويقع فى ثلاث فئات : حبسة بروكا[1] (فى الناحية اليسرى من المنطقة ٤٤) ؛ ومؤدية إلى تغير فى الوظائف العقلية والمعرفية العليا (الظهرية الجانبية) ، وتغيرات فى الشخصية (مدارية وطوقية)[2].

ويتعرض الجانب التعبيرى فى اللغة لأغلب الاختلال فى حبسة بروكا، وحيث يستطيع المرضى فهم أغلب الكلمات والجمل (ما لم تكن صعبة نحويا) إلا أن كلامهم يتسم بالتردد وعدم الطلاقة ويفتقد قواعد النحو مع انتظام كتابتهم وتضعف أيضا القراءة أو الترديد بصوت مرتفع، وتتفق مع بقية أشكال الحبسة فى الضعف فى استخدام الأسماء.

وتتعرض مجموعة واسعة من **المهارات العقلية والمعرفية العليا** للاختلال ، بعد حدوث تلف جبهى ظهرى جانبى، بما فى ذلك :

١) فقدان القدرة على التفكير التجريدى ، أو ميل إلى التفكير بطريقة عيانية (Goldstein, 1944).

٢) آفات فى التخطيط أو حل المشكلات ، وحيث يتناول المرضى المشكلات بأسلوب عشوائى أو بالمحاولة والخطأ (Crown, 1952) ويظهرون آفات فى صياغة الاستراتيجيات (Shallice, 1982; Shallice and Evans, 1978)

٣) كسر القواعد (Milner, 1985; Walsh, 1978)

٤) ضعف المهارات التشكيلية البصرية المتعلقة بضعف التخطيط، وحيث لا يستطيع المرضى القيام بتنظيم مكانى لكل عناصر النمط ؛ لكى يصبح منتجاً (Luria and Tsvetkova, 1964)

٥) ضعف القدرة على تقييم الأخطاء. وكما سبق الإشارة إلى ذلك ، من خلال ضعف القدرة على اتباع التعليمات ، والذى ينتج عن نقص ملاحظة الذات أو الفشل فى صياغة أفعال ضبط أو تحكم (Konow and Pribram, 1970)

٦) انعدام المرونة، أو التصلب، بحيث لا يستطيع المريض الانتقال بسهولة من وجهة إلى أخرى (Milner, 1964) ، بما يخفض بوجه عام من التلقائية.

٧) **فقدان المهارة اللفظية** (تنتج عن تلف فى الجانب الأيسر)، وحيث يفتقد الحديث التلقائية ويكون ضحلا (وهو وهن [3] أو حبسة دينامية [4] وليس حبسة حقيقية).

(1) Broca's aphasia.
(2) Orbital and Cingulate.
(3) Adynamia.
(4) Dynamic aphasia.

٨) فقدان مهارة وضع التصميمات (وهو تلف فى الجانب الأيمن) وحيث تكون الرسوم عبارة عن أشكال بلا معنى، وكبح فى الرسوم غير المقصودة (الرسم خلال انشغال الشخص بالتفكير فى أشياء أخرى) (Jones - Gotman and Milner, 1977)

٩) تقطع الذاكرة الفورية (١) - (Smith and Milner, 1984; Freedman and Oscar Berman, 1986)

وأخيرا فبالنسبة للتلف فى اللحاء المدارى والطوقى فقد أصبح تأثيره على الشخصية مؤكدا تماما من خلال الدراسات الخاصة بحز المادة الرمادية(٢) (تعديل) أو الاستئصال الطوقى(٣) (وقدم أوكلجان وكارول O'Callaghan and Carroll, 1982 وكذلك والش Walsh, 1976 ملخصا وافيا لذلك) وهناك انخفاض جوهرى فى ادراك الشخص للحالات الانفعالية المنفرة مع انخفاض فى القلق والاكتئاب والعصابيه، ويمكن فهم ذلك من خلال النظر إلى اللحاء الطوقى(٤) باعتباره منطقة التوصيل اللحائية الأولية لدائرة الانفعالات وعمليات النظام الجانبى. وبالطبع إذا كان كل من اللحاء المدارى والظهرى الجانبى مُدمرين فستحدث عندئذ تغيرات شخصية أساسية أكثر، من ذلك قصور ذاتى(٥) متطرف يتزاوج مع انعدام الكبح أو القهرية(٦). بصفة عامة ويفسر ذلك لماذا أصبحت جراحة حزالمادة الرمادية (٧) لا تجرى الان .

اختبارات وظائف الفص الجبهى

دائما ما تكشف الملاحظات الإكلينيكية عن آفات التحكم الحركى، كما أن المقابلات الشخصية التى تدعمها الاستخبارات المقننة دائما ما تشير إلى التغيرات فى الشخصية مثل انعدام الكف وانخفاض المبادرة. ويمكن قياس آفات اللغة التعبيرية بصورة مقبولة باستخدام الأجزاء المناسبة من البطاريات المقننة مثل اختبار مينسوتا(٨) (Schuell and Sefer, 1973) أو باستخدام بطارية مسح الحبسة (٩) (Russell et al., 1970) ويمكن ملاحظة آفات السلوك التجريدى، وعدم القدرة على إزاحة الفئات باستخدام اختبار تصنيف الأشكال الملونة(١٠) (Goldstein and Scheerer, 1941) واختبار هالسيتد للفئات(١١) (Halstead, 1947) أو اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات(١٢) (Grant and Berg, 1948; Milner 1964; Nelson, 1976) ويمكن قياس طلاقة النصف الكروى اللفظى باختبار ثرستون (أو شيكاغو) لطلاقة الإلفاظ الكتابية(١٣) (Milner, 1964; Pendleton et al., 1982) ونصف الكرة

(1) Temporal memory.
(2) Orbital Leucotomy.
(3) Cingulotomy.
(4) Cingulate cortex.
(5 Inertia.
(6) Impulsivity.
(7) Leucotomy or Lobotomy.
(8) Minnesota est.
(9) Aphasic Screening battery.
(10) Colour - form sorting test.
(11) Halstead Category test.
(12) Wisconsin Card sorting test.
(13) Thurstone's (or the Chicago) written word fluency test.

المكانى بمهارة التصميمات[١] (Jones - Gotman and Milner, 1977) وقد قدم كولب ووشهاو Kolb and whishaw (1990) نماذج لكليهما. ويمكن أيضا استخدام اختبار للطلاقة اللفظية (Benson, 1986; Bornstein, 1986) كما يمكن قياس برامج وضع الخطط باختبار متاهات بورتيوس [٢] (Borteus, 1965) ، واختبار التوصيل بين الدوائر [٣] (Reitan, 1966) أو باختبار نقل الأشكال المعقدة [٤] مثل اختبار رى Rey وتقاس القدرة على تخطيط وتنظيم السلوك اللفظى أيضًا باختبارات لوريا (Christensen, 1975; Golden, 1981) .

التكوينات تحت اللحائية

ما أكثر الوظائف الخاصة باللحاء، والآن ما الذى يكمن تحتها؟

سنتناول أربعة نظم رئيسية : الجهاز الطرفى[٥]، والعقد العصبية، والمهاد، والهيبوتلاموس أو المهاد الأدنى.

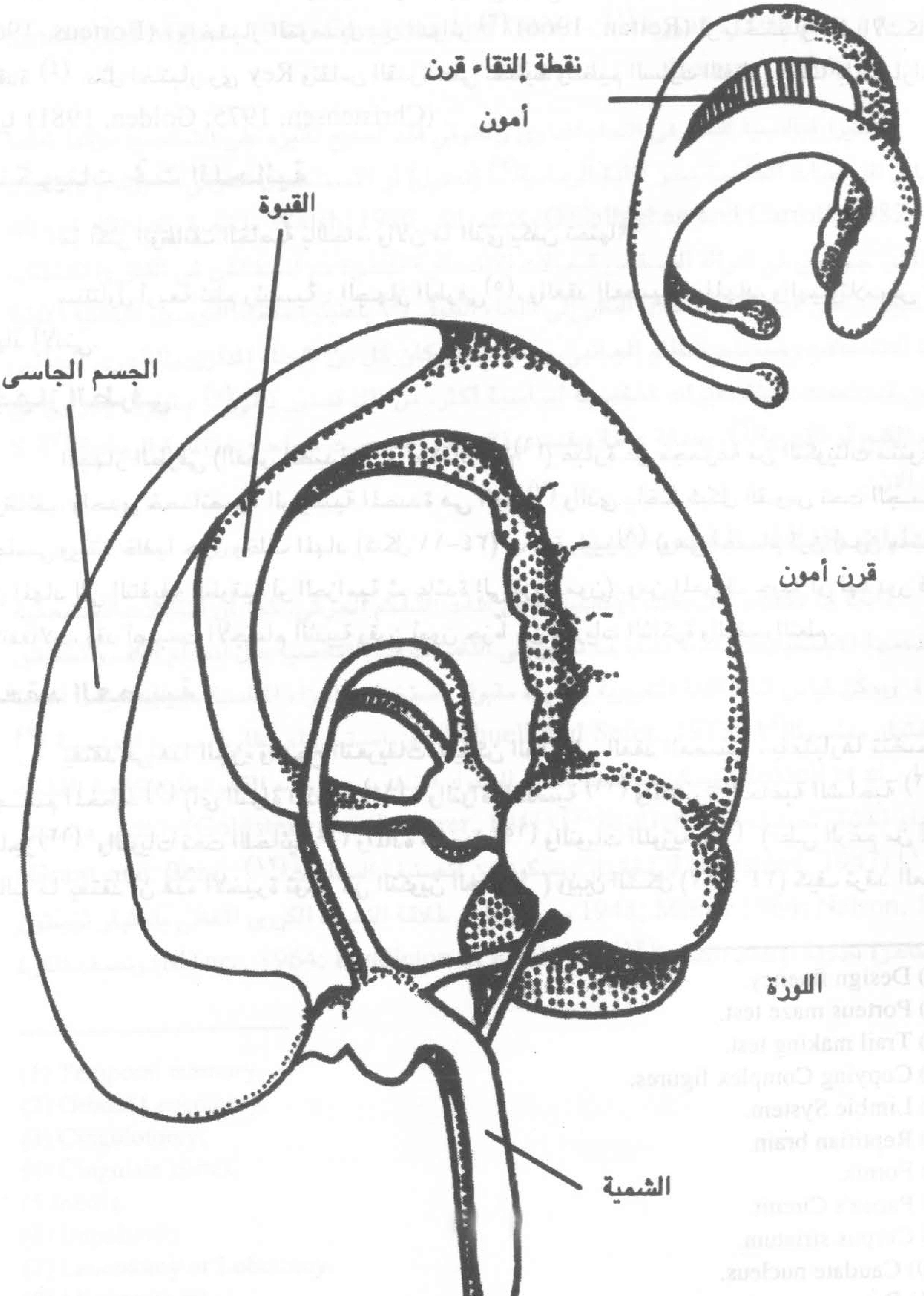
الجهاز الطرفى

الجهاز الطرفى (الفص الصدغى، أو امتداد المخ[٦]) عبارة عن مجموعة من التكوينات متنوعة الوظائف. واحدى خصائصها الرئيسية المحددة هى القبو[٧] والذى يأخذ شكل القوس تحت الجسم الجاسى ويمتد خلفيا حول وخلف المهاد (شكل ١١-٣٤) ودائرة بابيز[٨] (وهى أجسام قرن أمون ممتدة من المهاد إلى التلفيفة الطوقية أو الحزامية ثم عائدة إلى قرن أمون). ومن المعروف جيدا أن لها دور فى الانفعالات، وقد أصبحت الأجسام الثديية وقرن أمون جزءًا من نظريات الذاكرة والكف والتعلم.

العقد العصبية

يفتقد فى هذا الجزء وضوح التعريفات، فيمكن النظر إلى العقد العصبية ، باعتبارها تتضمن الجسم المخطط [٩] (أى النواة المذنبة [١٠] ، والنواة العدسية [١١] والقشرة الدماغية الشاحبة [١٢] والحاجز[١٣] والنويات تحت اللحائية[١٤] والمادة السوداء[١٥] والنويات اللوزيه [١٦] (على الرغم من أنه غالبا ما يعتقد أن هذه الأخيرة توجد فى التكوين الصدغى) ويبين الشكل (١٢ - ٣٤) كيف ترقد العقد

(1) Design fluency.
(2) Porteus maze test.
(3) Trail making test.
(4) Copying Complex figures.
(5) Limbic System.
(6) Reptitian brain.
(7) Fornix.
(8) Papez's Circuit.
(9) Corpus striatum.
(10) Caudate nucleus.
(11) Putamen.
(12) Globus pallidus.
(13) Claustrum.
(14) Subthalamic nuclei
(15) Substantia nigra.
(16) Amygdaloid necleus.



شكل (١١ : ٣٤) النظام الطرفى

العصبية تحت اللحاء وشكلها التقريبى وعلاقتها الصدغية بالمهاد.

وتاريخـيًا، كان يعتقد أن الوظائف الأساسية للعقد العصبية حركية، حيث كان هناك اتصال سائد من اللحـاء الحركى إلى النواة المذنبة والنواة العدسية ، وبالتالى يؤدى التلف فى العقد العصبية (كما فى مرض باركنسون) [1] إلى تغيرات فى إيقاع العضلات والتحكم الحركى الدقيق. غير أن البحوث الأحدث (Hassler, 1978) ربطت أيضًا بين هذه التكوينات والتكامل الحسى الحركى والدافعية.

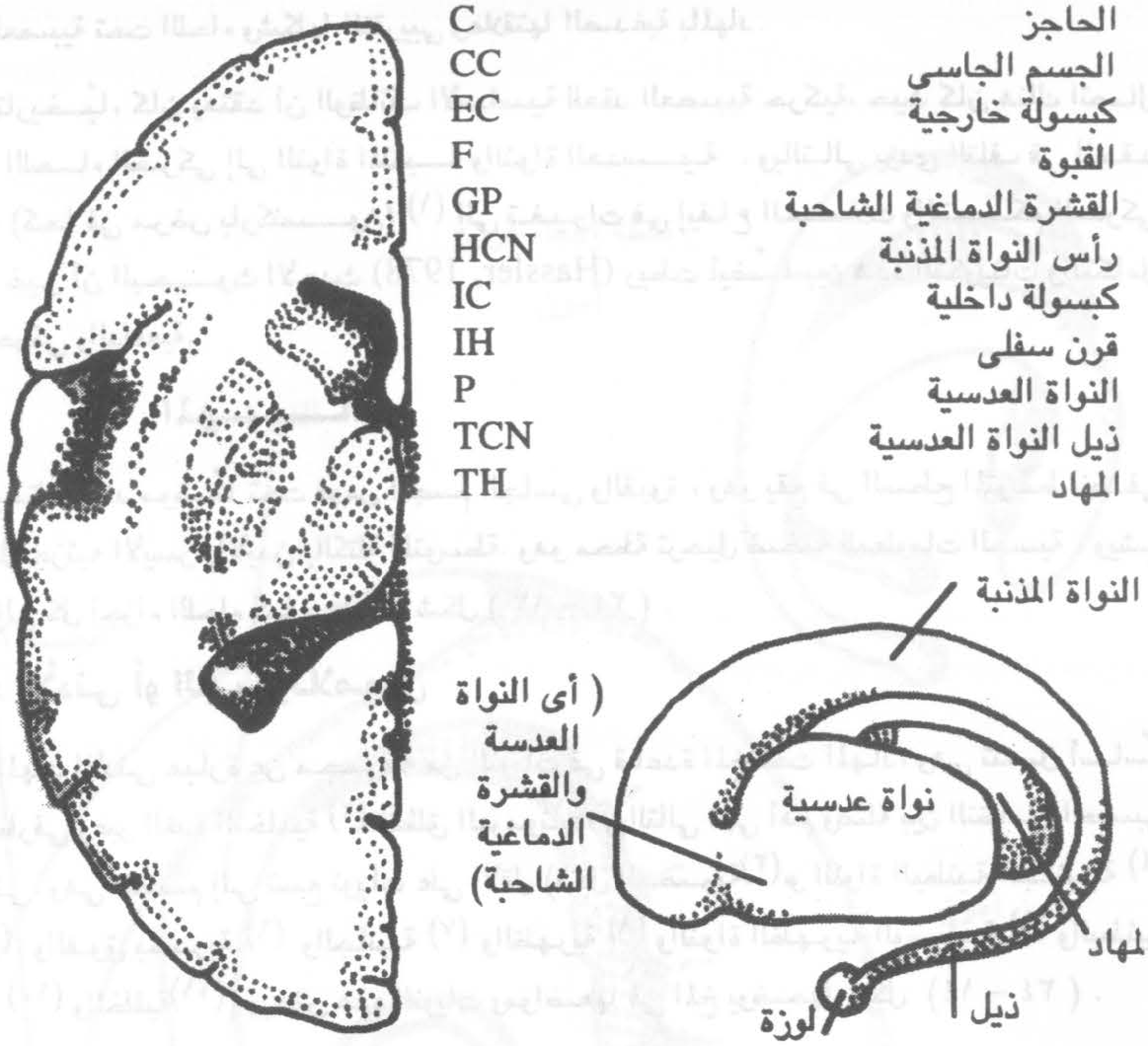
المهـــاد

يحتل المهاد موضعًا تحت قوس الجسم الجاسى والقبوة ، وهو يقع فى السطح المتوسط لنصفى المخ ويتصل جزئيه الأيسر والأيمن بالكتلة المتوسطة. وهو محطة ترحيل ضخمة للمعلومات الحسية ، ويشع التوصيل إلى كل أجزاء اللحاء كما يبين ذلك شكل (١٣ - ٣٤) .

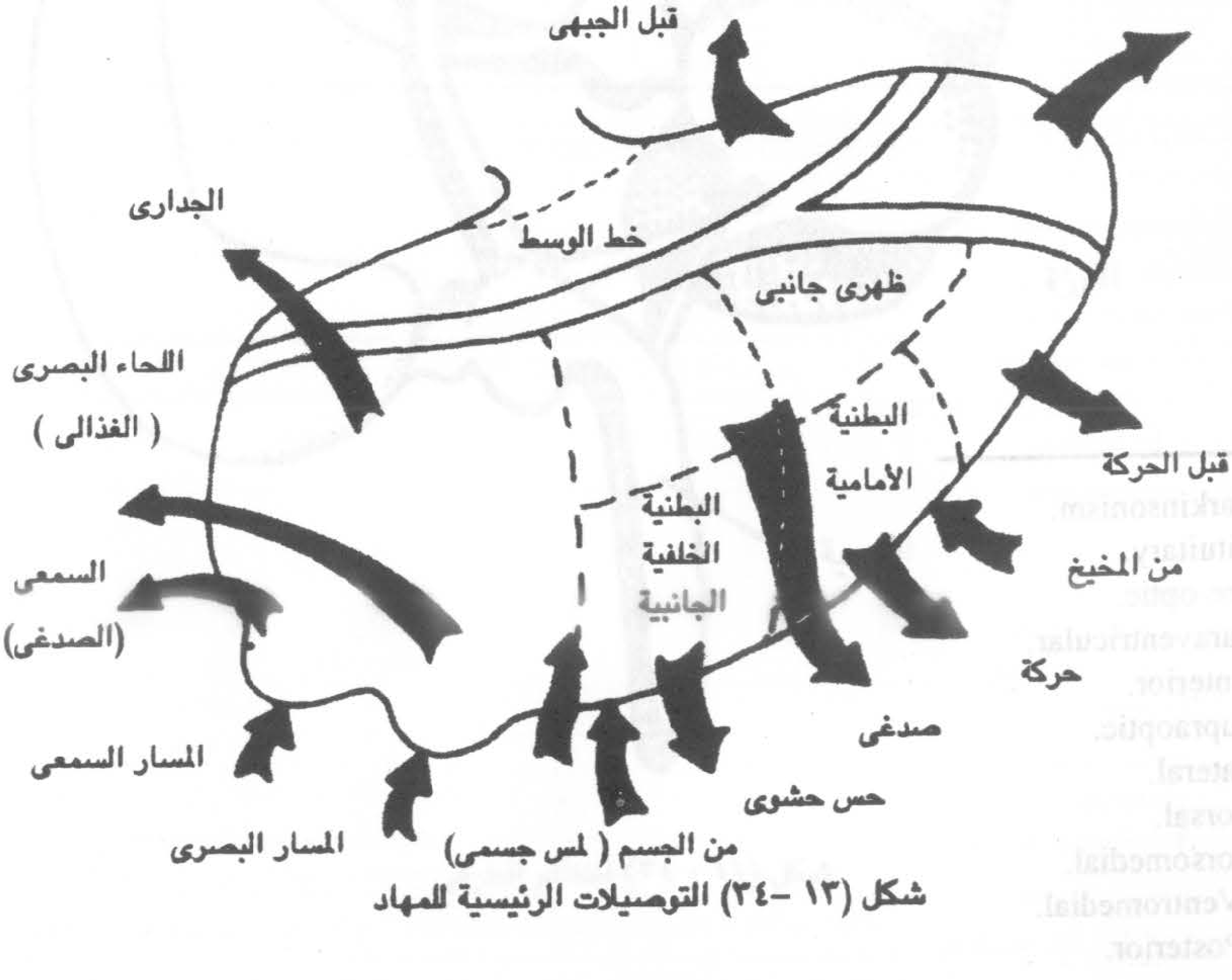
المهـــاد الأدنى أو الهيبوتلاموس

المهاد الأدنى عبارة عن مجموعة من النويات فى قاعدة المخ تحت المهاد، وهى تتصل أساسًا بالنظام الطرفى وعبر الغدة النخامية [2] تنطلق الهرمونات، وبالتالى فهى أهم وصلة بين النظامين العصبى والهرمونى، وهى تنقسم إلى تسع نويات على الأقل (قبل البصرية[3]، النواة البطنية الجانبية [4] والأمامية[5]، والفوق بصرية [6] والجانبية [7] والظهرية [8] والنواة الظهرية الوسطية [9] والبطنية الوسيطية [10] والخلفية[11]) وبعض هذه النويات ومواضعها فى المخ يوضحها شكل (١٤ - ٣٤) .

(1) Parkinsonism.
(2) Pituitary.
(3) Pre-optic.
(4) Paraventricular.
(5) Anterior.
(6) Supraoptic.
(7) Lateral.
(8) Dorsal.
(9) Dorsomedial.
(10) Ventromedial.
(11) Posterior.



شكل (١٢ -٣٤) العقد العصبية



شكل (١٣ -٣٤) التوصيلات الرئيسية للمهاد

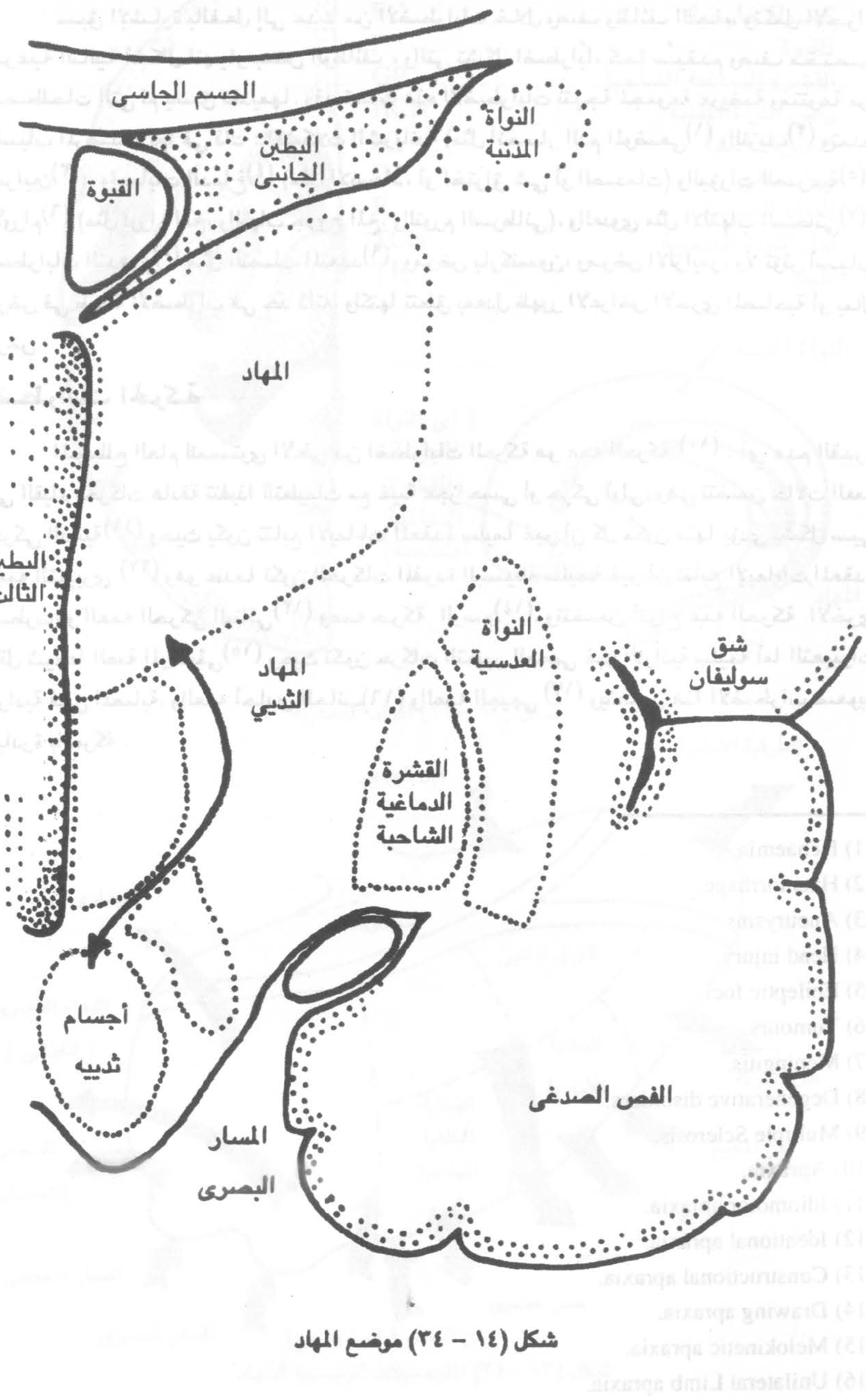
تصنيف الاضطرابات

سبق الإشارة بالفعل إلى عديد من الاضطرابات خلال وصف وظائف اللحاء، وتكمل الأجزاء الفرعية التالية أشكال انهيار بعض الوظائف ، والتى تشكل اضطرابًا، كما سيُقدم وصف مختصر للمصطلحات التى لم يسبق تقديمها. وقد تحدث هذه الاضطرابات نتيجة لمجموعة عريضة ومتنوعة من الأسباب المرضية ، بما فى ذلك : المشكلات الشريانية (مثل انحسار الدم الموضعى(١) والنزيف(٢) وتمدد الشرايين(٣))، وإصابات الدماغ(٤) (مثل الانسداد، أو اختراق شئ أو الصدمات) والبؤرات الصرعية(٥)، والأورام(٦) (مثل أورام المخ، والتهاب جروح المخ، والتورم السرطانى)، والعدوى مثل الالتهاب السحائى(٧)، واضطرابات التدهور(٨) مثل التصلب المتعدد(٩)، ومرض باركنسون، ومرض الالزايمر، ولا تؤثر أسباب المرض فى طبيعة الاضطراب فى حد ذاته، ولكنها تتعلق بمعدل ظهور الأعراض الأخرى المصاحبة أو بمآل المرض.

اضطرابات الحركة

المصطلح العام للمستوى الأعلى من اضطرابات الحركة هو عمه الحركة (١٠) : أي عدم القدرة على القيام بحركات هادفة تنفيذا للتعليمات مع غيبة عجز حسى أو حركى أولى، وهى تتضمن حالات العمه الحركى الذاتية(١١) وحيث يكون تتابع الايماءات المعقدة سليما غير أن كل مُكون منها يؤدى بشكل سيئ والعمه التعبيرى (١٢) وهو عندما تكون الحركات المفردة البسيطة سليمة غير أن تتابع الإيماءات المعقدة مضطرب، و العمه الحركى البنائى(١٣) وعمه حركة الرسم(١٤). وتتضمن أنواع عمه الحركة الأخرى الأقل شيوعا العمة الموسيقى(١٥) وحيث تكون حركات التعبير الوجهى غير الإرادية سليمة أما التعبيرات الإرادية فهى المصابة، والعمه أحادى الجانب(١٦) والعمه الجبهى (١٧) ويتضمن هذا الاضطراب صعوبة المبادرة بالحركة .

(1) Ischaemia.
(2) Haemorrhage.
(3) Aneurysms.
(4) Head injury.
(5) Epileptic foci.
(6) Tumours.
(7) Meningitis.
(8) Degenerative disorders.
(9) Multiple Sclerosis.
(10) Apraxia.
(11) Idiomotor apraxia.
(12) Ideational apraxia.
(13) Constructional apraxia.
(14) Drawing apraxia.
(15) Melokinetic apraxia.
(16) Unilateral Limb apraxia.
(17) Frontal apraxia.



شكل (١٤ - ٣٤) موضع المهاد

ويتضمن المستوى الأدنى من اضطرابات الحركة الخلجات (١) وهى الفشل فى التآزر أو عدم استمرارية انتظام الحركة العضلية، والتى غالبا ما تحدث بعد تلف فى المخيخ(٢)، والشلل النصفى (٣)، وهو شلل فى النصف السفلى من الجسم (٤)، كما يحدث أثر اصابات العمود الفقرى(٥)، والشلل(٦) وهو فقدان الحركة أو الإحساس فى جزء واحد من الجسم، والخذل(٧) وهو شلل خفيف وغير كامل ، وأحياناً ما تتضمن الحركات غير السوية بطئ فى حركة الكتابة (مثل الالتواء(٨))، واهتزازات غير إرادية (تشنجات)(٩)، وتشنجات (وهى زيادة فى إيقاع العضلات)، وارتجاف مستمر (أى مرض باركنسون)

اضطرابات اللغة

الزملات الخمس الأساسية فى اضطرابات اللغة ، هى : حبسة بروكا(١٠) Broca (ولها أسماء بديلة كالحركة الناقلة(١١)، وانعدام الطلاقة، والحبسةالتعبيرية، و حبسة حل الرموز)، وحبسة ڤيرنك(١٢) Wernick (الحسية - السمعية، وحل الرموز) وحبسة التوصيل(١٣) والتى يفترض فيها أن المسار بين منطقة ڤيرنك ومنطقة ويرنيك يُحدث فشلا فى القدرة على تكرار الحديث، والحبسة عبر اللحائية(١٤) (وهى عرض عازل) يقوم بعزل دائرة الكلام عن بقية اللحاء، مؤديا إلى صيانة القدرة على اعادة الكلام ولكن مع مستوى منخفض من الحديث التلقائى وزملة التلفيفة الركنية(١٥) وحيث يوجد التلف فى المنطقة الصدغية الجدارية - القذالية(١٦) مؤديا إلى ضعف القراءة ويسبب أعراضاً واضحة الشذوذ من الحبسات (بالرغم من أن الشذوذ شائع فى كل الزملات) وغالبا ما لا تشير بعض المصطلحات الأخرى إلى حبسات حقيقية، مثال ذلك الحبسة الدينامية(١٧) (وهى عبارة عن نقص فى الحديث التلقائى يحدث بعد التلف فى منطقة ما قبل الفص الجبهى والتى تُكون فى الحقيقة جانبا واحدا من جوانب القصور الذاتى السلوكى العام)، وحبسة التوصيل الحركى (وهى اضطراب فى قدرات النطق ينتج عن عائد مختل فى (١٨) أجهزة الكلام والناتج بدوره عن تلف فى التلفيفه بعد المركزية) ، وقد أصبحت مشكلات اللغة الناتجة عن الجانب الأيمن أو التلف غير السائد معروفة تدريجياً وهى تتضمن آفات النظم الشعرى (١٩) والإيماءات (Benson, 1986) .

(1) Ataxia.
(2) Cerebellum.
(3) Hemiplegia.
(4) Paraplegia.
(5) Spinal Cord.
(6) Paralysis.
(7) Paresis.
(8) Athetosis.
(9) Chorea.
(10) Broca's aphasia.
(11) Efferent.
(12) Wernicke's aphasia.
(13) Conduction aphasia.
(14) Transcortical.
(15) Angular gyrus syndrome.
(16) Parieto - occipito temporal area.
(17) Dynamic aphasia.
(18) Disrupted feedback.
(19) Prosody.

اشكال العمه (١)

وهى اضطرابات فى المستوى الأعلى من الفهم المعرفى والتكامل: توجد فى غيبة فقدان الإحساس، وتتضمن الوسائط البصرية (٢) عمه الأشياء(٣) : وعمه الرسوم، وعمه معرفة الوجوه(٤)، وعمه الألوان الجزئى (٥) ، وعمه الألوان (٦) ، والعمه البصرى المكان (٧) ، وعمه المجموعات أو التكوينات(٨). ويوجد فى الوسائط السمعية العجز الموسيقى(٩)، وعمه الأصوات، وفى مجال الإحساسات الجسمية ، يوجد فقدان اللمس(١٠) ، وعدم الوعى بالمرض الجسمى(١١) ، وعمه أجزاء الجسم(١٢) (وهو الفشل فى تحديد مواضع أجزاء الجسم وتسميتها) وعجز إدراك الألم(١٣) ، وعمه الأصابع(١٤) ، وفقدان التوجه نحو اليسار واليمين، والأهمال الطرفى الاحادى(١٥).

اضطرابات الذاكرة

تحدد هذه الاضطرابات دائما من خلال أسبابها أو نوع التلف أو موضعه. ولدينا زملة قرن أمون مزدوجة الجانبين(١٦) وفقدان الذاكرة اللاحقة (١٧) عبر كل الوسائط الحسية، على الرغم من أن التعلم الحركى يظل باقيا. وزملة قرن أمونالحادية الجانب(١٨) (الجبهية) والتى توجد بعد جراحة جانب الفص الصدغى؛ وزمله كورساكوف(١٩) ، والتى تنشأ عن نقص حاد فى فيتامين ب١ كما توجد عند مدمنى الكحول ، وتشمل عدم القدرة على تخزين ذكريات جديدة، وفقد بعض الذكريات القديمة، ويتضمن الحديث ثغرات فى الذاكرة، وحوار هزيل المضمون ونقص فى الاستبصار والتعاطف؛ وزملة الصدمة الكهربائية(٢٠) وهو فقدان الذاكراة للعلاج، وفقد الذاكرة الراجعة (٢١) للأحداث السابقة للصدمة وفقد للذاكرة اللاحقة(٢٢) لفترة أسبوعين أو ثلاثة ، والذى يحدث عند علاج الاكتئاب الحاد من خلال إمرار تياركهربائى بقوة يتراوح بين ٧٠ - ١٢٠ فولت عبر الفصوص الصدغية لمدة حوالى نصف ثانية، ويمكن خفض جميع

(1) Agnosias .
(2) Visual modality.
(3) Object agnosia.
(4) Prosopagnosia.
(5) Clour anomia.
(6) Achromatopsi.
(7) Visual - spatial agnosia.
(8) Simultagnosia.
(9) Amusia.
(10) Astereognosis.
(11) Anosognosia.
(12) Autopognosia.
(13) Asymbolia for pain.
(14) Finger agnosia.
(15) Unilateral neglect.
(16) Bilateral hippocampal syndrome.
(17) Profound anterograde amnesia.
(18) Unilaterol hippocampal .
(19) Korsakoff syndrome.
(20) Electro - Convulsive shock syndrome.
(21) Retrograde amnesia.
(22) Anterograde amnesia.

هذه الأعراض عندما تعطى الصدمة طرفياً(١) ؛ وفقدان الذاكرة الكلى العابر وهو عبارة عن فقدان ذاكرة وقتى كامل راجع ولاحق يفترض أنه ناتج عن نوبة انحسار دم حادة عابرة وفقدان الذاكرة الصدمى(٢)، والذى يتضمن فقدان ذاكرة راجعة ومرتدة، وتناقص فى فقدان الذاكرة اللاحق (فقدان الذاكرة التالى للصدمة)(٣) ؛ وفقدان الذاكرة الجبهى(٤) وهو الفشل فى تعمد التذكر؛ وفقدان الذاكرة العتهى(٥) وهو فقدان ذاكرة لاحق يوجد فى الأعمار الكبيرة على وجه الخصوص، وفقدان الذاكرة التفككى أو الهسيترى(٦) ، وهو فقدان ذاكرة وقتى وهو دافعى ينشأ لتحقيق المكاسب الثانوية التى تحدث نتيجة له. وقد غطى بادلى(1990) Baddeley نظريات الذاكرة وفقدان الذاكرة.

اضطرابات التفكير والعمليات ذات الصله

يمكن أن يؤدى عديد من أشكال التلف المتنوعة المنتشرة، والتلف فى الفص الجبهى إلى آفات تؤثر فى الأداء على اختبارات الذكاء بطريقة عامة أو غير محددة. وتتضمن مثل هذه الآفات بطئًا فى عمليات معالجة المعلومات (Gronwall, 1977) ومشكلات تتعلق بالانتباه (Gentilini et al., 1989) وقد أشير بالفعل لعدد آخر من الآفات التى يمكن ملاحظتها أثناء عمليات قياس الذكاء فى الأجزاء السابقة وهى الاضطرابات فى القدرة على التجريد وعلى تنظيم الاستجابات، وتخطيط الحلول، وملاحظة الشخص لأدائه الذاتى، وفهم التعليمات المركبة، والمحافظة على قدر مناسب من المواد فى ذهنه أثناء حلة للمشكلات.

الاضطرابات الانفعالية والعمليات ذات الصلة.

من المعروف منذ زمن بعيد أن إصابات الدماغ يمكن أن تسبب تغيرات فى الانفعالات، وفى السلوك الاجتماعى وفى الشخصية لدى كل من الحيوان والإنسان غير أن هذه التغيرات لم تنظم بشكل ملائم فى صورة زملات مثلما حدث فى مجالى اضطرابات اللغة والذاكرة. وكما سبق الإشارة إلى ذلك ، يوجد نمط من الخمول المقترن بالاندفاعية يرتبط دائما بالجروح الجبهية(٧)، كما أنه من المعروف جيدا أن هناك علاقة بين الغضب أو العدوان والتلف فى الفصوص الصدغية وصرع الفص الصدغى (Bear and Fedio, 1977) و على الرغم من ذلك فهناك الكثير من الانفعالات الدقيقة والتغيرات المصاحبة التى لم يُفهم عنها إلا القليل، بما فى ذلك إدراك الانفعالات لدى الآخرين (Tompkins and Mateer, 1985) واستخدام تعبيرات الوجه والإيماءات، وادراك المؤشرات الأجتماعية، وتفسير السلوك الاجتماعى والتغيرات المزاجية (Birhle et al., 1986) يضاف إلى ذلك أن الصلة بين إصابات الدماغ والاضطرابات السيكايترية البادية للعيان ، سواء فى الفصام الذهانى أو الطبيعة الاكتئابية الوجدانية مازالت غير واضحة، رغم أنها مثيرة للاهتمام (Silberman and Weingartner, 1986). .

فقدان الوظيفة واستعادتها : مثال من إصابات الدماغ

ينتج فقدان الوظيفة عن عوامل عديدة بما فى ذلك التلف الصدمى ذاته ، والذى يعيق مسار الدفعة العصبية، ويؤدى إلى تدهور رجعى للمحور العصبى بين جسم الخلية والصدمة، وتدهور لاحق فى الجزء

(1) Unilaterally.
(2) Traumatic amnesia.
(3) Post - traumatic amnesia.
(4) Frontal amnesia.
(5) Dementing amnesia.
(6) Disassociative or hysterical amnesia.
(7) Frontal injury.

البعيد من المحور خلف موضع الصدمة، ويكون التحلل فى مسار الخلايا بمثابة تحلل فى الخلايا التى تتصل بها الخلايا الميتة، ويكون تبديل هذه التجمعات الخلوية الكيميائية مزعجًا لعملية التوصيل العصبى عبر المخ كله، كما يحدث اضطراب فى الأوعية الدموية ونزيف داخلى وصدمه وظيفية لمجموعة من الخلايا عندما تفقد أليافها الحسية الموردة وانتفاخ يمكن أن يدفع المخ نحو الجمجمة، وأخيراً يأتى السائل المخى الشوكى [1] ، الذى يمكن أن يضغط على المخ.

استعادة الوظيفة

تقع ميكانيزمات استعادة الوظيفة فى ثلاث فئات يوضحها جدول(٢ - ٣٤) ويمكن الاطلاع على مناقشة متميزة حول الشفاء فى فنجر وزملائه Finger et al. (1988)

إصابات الدماغ

تتطلب إصابات الدماغ إشارة خاصة. أولا لأنها السبب الشائع لفقدان وظائف المخ، لدى الأطفال وشباب الراشدين التى يواجهها اخصائيو الأمراض العصبية ، وثانيا لأنها توضح بشكل جيد للغاية كل عمليات فقدان واستعادة الوظيفة. وثالثا لأنها تبين التنوع فى المترتبات التى تنشأ من إصابة الدماغ.

ويتباين تكرار اصابات الدماغ تباينا جوهريا بين الدول، ويقدر أنه يصل فى الولايات المتحدة لحوالى ٣٠٠ إلى ٤٠٠ حالة بين كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان فى العام (Kolb and Whishaw, 1990) ، ويدخل المستشفى ما بين ٢٠٠ إلى ٣٠٠ حالة من بين هذا العدد (Gronwall et al., 1990 ; Jannett and Frankowski, 1990) ويبلغ عدد الرجال حوالى ضعف عدد النساء (Kraus and Nourjah, 1989) ، ويرتفع عددهم إلى أكثر من ٦٠٠ فى كل ١٠٠,٠٠٠ بالنسبة للشباب ، الذين يبدو أن احتمال تورطهم فى حوادث سيارات واعتداءات وإصابات ناتجة عن ممارسة الرياضية أكبر، وتبلغ النسبة التى ترجع لحوادث السيارات ٤٢٪ ، ونتيجة للسقوط ٢٣٪، ونتيجة للاعتداءات وحوادث الدراجات ١٤٪ (ولا تتضمن هذه النسبة حوادث سيارات) وكل من الرياضة والأنشطة الترفيهية مسئولة على حدة عن ٦٪، وبقية الأسباب الأخرى مسئولة عن ٨٪ (Kraus and Nourjah, op. cit., see also Jannett and Frankowski, op. cit.) وتختلف الأسباب المرضية من منطقة لأخرى بناء على توفر الأسلحة الصغيرة، والخصائص الديموجرافية - الاجتماعية ، ومدى وجود سوء استخدام للكحول فى المنطقة. إلخ.

وقد وصف ستالامار Stalhammer (1990) وبانج Pang (1989) بشكل جيد ميكانيزمات إصابات الدماغ ، وتحدث الإصابات الأولية وقت وقوع الحادث. ويوجد فى الإصابات الجارحة نزيف داخلى تحت طبقة الجلد الخارجية فى موضع الإصابة، ورضة أو كدمة فى موضع الإصابة وحيث تنثنى الجمجمة للداخل ويتمدد المخ، وكدمة فى الموقع العكسى بالجمجمة الذى حدث فيه التمدد، وارتطام وتباطئ عكس السطح الداخلى المقابل. وتحدث كدمات ، عندما يندفع المخ إلى جانب نتوء العظام ويمتد نحو قاع الجمجمة مسببًا تلفًا محدداً لأقطاب الفصوص الجبهية والصدغية، ويحدث إجهاد وعصر توترى للمادة البيضاء خلال تدوير المخ بالنسبة للدماغ وإزاء قوى التدوير العكسية التى توجد بين نصفى المخ . ويؤدى كل ذلك إلى انتزاع المحاور العصبية (إصابات المحاور العصبية المنتشرة) كما تتقطع أيضا الأوعية الدموية وتنزف ، وهناك أعراض مرضية مشابهة فى إصابات التمدد/ الكدمات ، ولكن دون نزيف داخلى أو كدمة فى موضع الإصابة. ويتعين على المرء أن يميز فى إصابات الاختراق (Roy and Cooper, 1990) بين

(1) Cerebrospinal fluid (CSF)

الأسلحة الحربية عالية السرعة، وبين الأسلحة النارية المدنية الصغيرة والطلقات منخفضة السرعة، وتقل مع الأولى فرص النجاة، ويحدث تمزق وتهتك فى مسار كل من أنسجة المخ والأوعية الدموية وزيادة فورية فى الضغط داخل الجمجمة يكون بمثابة موجات من الصدمة تنتشر للخارج مسببة مرة أخرى كدمات ونزيف داخلى فى المواضع البعيدة. وترجع التأثيرات الثانوية لإصابات الدماغ لنقص الأوكسجين فيه (نقص أوكسجين مع انسحاب دم موضعى، أو انسحاب دم ناتج عن انخفاض الضغط) ينتج عن التلف ، فى اعضاء أخرى، بالإضافة إلى إمدادات دم غير كافية للمخ نتيجة للانخفاض المفاجئ فى الضغط، وزيادة فى الضغط الداخلى بالجمجمة وانتفاخ فى المخ وتلفا يشغل حيزا فيه نتيجة للنزيف الداخلى، ونتائج مترتبة على التلوث، وبالأخص فى الاصابات الاختراقية للمخ، وهناك تغيرات من الدرجة الثالثة فى عمليات الأيض وتغيرات تحللية فى المادة البيضاء.

ودائما ما تقاس خطورة إصابات المخ بطول فترة فقدان الذاكرة التالى للصدمة (١٠ دقائق = خفيفة للغاية ، ١٠ –١٦دقيقة = خفيفة ، من ساعة إلى ٢٤ ساعة = متوسطة، من يوم إلى ٧ أيام = حادة، أكثر من ٧ أيام = حادة للغاية) ودائما ما يقاس عمق حالة فقدان الوعى بمقياس جلاسجو للغيبوبة (١) (Teasdale and Jannett, 1974) ويحصل أفضل تفتح للعينين على تقدير من ١ –٤ ، وأفضل استجابة حركية تحصل على تقدير من ١ –٦، وأفضل استجابة لفظية تقدر من ١ –٥ . ويؤدى ذلك إلى درجات تتراوح بين ٣ – ١٥. وبتعبيرات الحدة أو الخطورة. تمثل الدرجات ٣ – ٥ حالة حادة جدا، والدرجات من ٦ –٨ حادة، ومن ٩ – ١٢ متوسطة، ومن ١٣ – ١٥ خفيفة (وتعد هذه أسوأ درجات على مقياس جلاسجو للغيبوبة بالنسبة لليوم الأول).

ودائمًا ما تقاس النتائج التى ترتبط سلبا بدرجة الحدة ، التى قيست بداية بشكل عام بمقياس جلاسجو للناتج (٢) (GOS, Jannett and Bond, 1975) وحيث الدرجة ١ = موت ، ٢ = مقاومة خاملة ، ٣ = أعاقة حادة تحتاج للمساعدة كل ٢٤ ساعة على الأقل، ٤ = أعاقة متوسطة ، ٥ = شفاء جيد وقدره على العودة إلى العمل. ومثالا لهذا الناتج فإن ٤٠ فى المئة يموتون بعد الإصابة الحادة ويظل ٥ فى المئة فى حالة خاملة، ويصبح لدى ١٠ فى المئة إعاقة حادة، ولدى ٢٠ فى المئة اعاقة متوسطة، ويشفى ٢٥ فى المئة بشكل جيد (Levin et al., 1990) ويشفى بعد الإصابة المتوسطة ٣٨ فى المئة بشكل جيد، ويصبح لدى ٤٩ فى المئة إعاقة متوسطة، ويشفى بشكل جيد بعد الإصابة الخفيفة ٧٨ فى المئة، ويكون لدى ٢٢ فى المئة إعاقة متوسطة.

ويمكن الحصول على الكثير من التفاصيل حول الشفاء والآثار الباقية فى ليزاك (1989) Lezak . وهناك الكثير من الآثار الدقيقة والتحذيرات المسبقة حتى عندما يتحقق شفاء جيد واضح. فقد وجد بروكس وزملاؤه (1986) .Brooks et al من خلال متابعة امتدت لخمس سنوات أن ٧٤ فى المئة من المرضى ممن كانت إصابتهم حادة يشكون من بعض التغيرات فى الشخصية ، وأن ٥٠ فى المئة يعانون من تغيرات مزاجية، مثل : عدم الاستقرار، وحده المزاج. وكانت التقارير حول مشكلات الذاكرة والشعور بالتعب بالقدر نفسه من الارتفاع.

وحتى فى حالة إصابات الدماغ الخفيفة توجد آثار واضحة. فبعد شهر واحد من إصابة متوسطة يذكر ديكمان وزملاؤه (1986) .Dikmen et al أن حوالى ٤٠ فى المئة من المرضى لم يعودوا إلى العمل بعد بطريقة ملائمة، وأن أكثر من ٥٠ فى المئة لديهم صداع، وأن ٦٠ فى المئة يشعرون بالتعب، وأكثر من ٧٠ فى المئة يشعرون بعدم الاستقرار، وأن ٥٠ فى المئة لديهم مشكلات تتعلق بالذاكرة والقلق.

(1) Glasgow Coma Scale.
(2) Glasgow outcome Scale.

جدول (٢ -٣٤) ميكانيزمات استعادة الوظيفة .

الميكانيزمات الفسيولوجية

الشفاء من انخفاض استثارة مركز عصبي بعيد	خفض الصدمة الوظيفية الناتجة عن توقف الدفعات العصبية الواردة .
التجدد	إعادة نمو الوصلات السابقة ، ولا تري في الإنسان منفصلة عن التجدد العشوائى الضئيل
التجدد المصاحب	تضطلع المحاور العصبية المجاورة بمهمة مواقع الألياف العصبية الشاغرة .
إعادة فتح الممرات	تسعى المحاور العصبية إلى أهداف جديدة ، عندما تكون السابقة قد دمرت .
الألياف العصبية غير الفعالة أو الساكنة	تُنبه الوصلات الساكنة السابقة الوجود عصبياً
الحساسية الفائقة لوقف الإمداد العصبى	تصبح ليفة غير موردة مرتفعة الاستجابية لبقايا الوصلات.
عامل نمو العصب	استثارة النمو البروتيني فى الخلايا العصبية المدمرة داخليا

الميكانيزمات البنائية

الإطناب	تنقل الوسائل نفسها بواسطة أكثر من ليفة عصبية
التكافؤ	فكره ان (بعض) أنسجة المخ غير قاصرة على وظائفها
مستويات إعادة التمثيل	إذا دمرت المستويات العليا للتحليل، فتظل المستويات الدنيا من المعلومات موجودة للاستخدام
الإحلال	يتضمن مفهوم شبكة تأمين البنية الأنسجة ، التى لم يسبق استخدامها
الإنابة	الإحلال بواسطة منطقة متاخمة
التحكم المتعدد	بعض الوظائف يتولاها أكثر من مركز واحد .
الاستبقاء	تلك العمليات التى تحيٰى التلف فى منطقة معينة .

ميكانيزمات العمليات

الاحلال الوظيفي البسيط أو التعويض السلوكى	تحل المهام بواسطة نظام وظيفى مختلف تماماً .
إعادة التدوير	إعادة تنظيم تدفق العمليات لتجنب منطقة تالفة
المرونة	تتعلم منطقة فى المخ اداء مهمة جديدة

عمليات الاختبار النفسية العصبية

الهدف

يُجرى الاختبار النفسى العصبى لعدد متنوع من الأسباب، وستتضمّن الطبيعة المضبوطة لكل اختبار مصحوبة بالغرض الدقيق منه ، وتتضمن مثل هذه الأغراض الآتى :

١ – الكشف عن العجز العضوى

٢ – تحديد موضع التلف العضوى

٣ – المساعدة على التشخيص

٤ – تقييم المستوى الحالى من الأداء ؛ حتى يمكن الكشف عن التدهور، وللحصول على أساس وصفى لإعادة التأهيل.

٥ – لتوفير بيانات بحثية حول ميكانيزمات الاختلال.

٦ – الحصول على بيانات أساس ، يمكن على أساسها تقدير مدى الشفاء الذى يمكن تحقيقه.

٧ – تقديم تنبؤات حول ما إذا كان تدخل جراحى معين مثل جراحة الفص الجهى يمكن إجرؤئها.

ولا معنى للاختبار دون هدف أو غرض معقول، والامر متروك للأخصائى النفسى العصبى لكى يقرر ما هو المعقول. وقد وصف سبرين وستراوس Sprren and Strauss (1991) وليزاك Lezak (1983) بشكل جيد أسس وممارسات القياس النفسى العصبى.

الإجراءات الأساسية

يبدأ الاختبار النفسى العصبى بتقرير واضح يحدد الهدف منه، تأتى بعد ذلك الملاحظات المسحية والتى تتضمن :

١ – قراءة البيانات الأساسية (جدول ٣ – ٣٤)

٢ – ملاحظة المريض (جدول ٤ – ٣٤)

٣ – إجراء مقابلة للمريض (جدول ٥ – ٣٤)

٤ – تطبيق الاختبارات المقننة المختلفة حسبما وصفت على امتداد هذا الفصل ، وعلى أساس من هذه النتائج سيكون مطلوباً إجراء مرحلة ثانية من التقييم، غالباً مع التأكيد القوى على أصالة وخبرة الفاحص. وقد يكون من الضرورى ، على سبيل المثال ، وضع اختبارات خصيصاً للحالة لفحص مهارة معينة، أو تصميم تجربة حالة مفردة لاختبار نموذج الاختلال الوظيفى.

جدول (٣ : ٣٤) : قائمة المعلومات الأساسية حول المريض التي يجب جمعها قبل إجراء الاختبار.

١- الهدف من الفحص .

٢ - المتغيرات الديموجرافية

العمر

الجنس

اليد المستخدمة

التعليم

المهنة

الإصابات الدماغية السابقة

تاريخ طبى مختصر

٣ - نتائج الفحوص السابقة

الاختبار العصبى

الاختبارات النفسية السابقة

رسم المخ (EEG) وقياس الجهد أو الطاقة المستثارة (EPS)

رسام الأشعة المقطعية (CAT)

رسام المخ الهوائى (AEG)

التصوير بالرنين المغناطيسى (MRI)

رسم الأوعية الدموية

أشعة إكس

الاختبارات البيولوجية - الكيميائية

التشخيص السابق

٤ - تاريخ التلف

موضع الرض أو الصدمة

العمر الذى حدث فيه التلف

الفترة منذ حدوث التلف

تاريخ النوبات

تاريخ تأكسد الدم

طول فترة الغياب عن الوعى

تاريخ فقدان الذاكرة الرجعى

طبيعة التلف

تقارير حول أية عمليات جراحية

التاريخ حول أية أفات معرفية

تاريخ أية تغيرات انفعالية أو اجتماعية

٥ - العوامل التي تؤثر في عملية الاختبار

مستوى العقاقير فى الجسم

أحدث نشاط للنوبة المرضية

الحالة المزاجية ومستوى الدافعية

الآفات ذات العلاقة مثل المشكلات البصرية أو الحركية، التى يمكن أن تتدخل فى الأداء على الاختبارات

جدول (٤- ٣٤) : قائمة ملاحظات علي المريض

خلال مرحلة التفاعل العامة والاختبارات .

١ - السلوك الحركي

اللزمات وتكلف الحديث

ضعف الأطراف

عدم انتظام المشى والعرج

الارتعاش

حركات خرقاء (تقلص، اهتزاز، بطئ)

القدرة الكتابية

اليد المستخدمة

٢ - اللغة

مقدار الحديث

قوة وتجانس الحديث

فهم التعليمات اللفظية

تراكيب غير معتادة للكلام (مثل الحديث التلغرافى أو المتفكك)

محتوى غير معتاد للحديث (صعوبة فى إيجاد الكلمات، أستخدام ألفاظ غير معتادة، تأويل)

٣ - الذاكرة

صعوبات فى النطق (عمه شفوى ، تلفظ فاسد)

الوعى بالزمان والمكان (مثال ذلك : عمره، تاريخ اليوم، وجوده بالمستشفى)

تذكر التعليمات

تذكر أسم المعالج

تذكر ما حدث أثناء الجلسة

تذكر الأحداث القريبة

٤ - نمط الأداء

الحديث للذات، إعطاء تعليمات لنفسه

الأداء الاتفاقى مقابل الأداء المنظم

الإصرار

التركيز

مراجعة الأخطاء

السرعة

العيانية فى المهام المجردة

المثابرة

٥ - الوعي المكاني والبصري

إهمال أحد جانبى الجسم أو البيئة

الخلط فى التوجه نحو اليمين أو اليسار

الانتباه لجانب واحد من المهام المطلوبة

ما إذا كان يستخدم نظارات

رؤية الأشياء من زاوية واحدة

حمل الأشياء بقرب العينين

الفشل فى تعرف الأشياء

٦ - الشخصية

مستوى النشاط (عدم المبالاة أو التعب إزاء النشاط الزائد)

مستوى القلق

الانبساط (الانسحاب مقابل روح الصداقة)

عدم الملاءمة (بمعنى الألفة الزائدة)

وضوح أعراض سيكايترية

قهرية

استبصار بالآفات

جدول (٥- ٣٤) : الأسئلة التي توجه للمريض (وأقرب الإخباريين إذا أمكن) وهذه أمثلة فقط .

١ - أسئلة عامة لجعل المريض يتحدث

كيف أثرت الإصابة فى حياتك؟

كيف غيَّرتك؟

ما المشاكل الناتجة عنها؟

٢ - العمل

كيف أثرت فى وظيفتك؟
هل أصبحت تجد العمل أكثر صعوبة؟
هل أصبحت تتعب بسهولة؟
هل تجد صعوبة فى تعلم أشياء جديدة؟
هل تشعر أنك تحت ضغط؟

٣ - الحياة الاجتماعية

ماذا تفعل فى وقت فراغك مع أصدقاءك؟
هل لديك أصدقاء كثيرين؟
هل تقابل أناساً جدداً؟
هل تجد أنك فقدت أصدقاء؟
هل لديك أية أمور تقلقك تتعلق بالناس؟
هل تشعر بالقلق من وجودك وسط مجموعة؟ ما الذى يقلقك؟

٤ - الشخصية

هل تستمتع ببعض الأشياء؟
هل تشعر أحيانا بانخفاض معنوياتك؟
هل تفتقد الطاقة؟
أى نوع من الناس أنت؟
كيف يراك الآخرون؟

٥ - الحركة

هل لديك أية مشكلات؟ فى المشى؟
الحركة؟
التآزر؟
عدم الملاءمة ؟

٦ - اللغة

هل تطلب من الناس أن يعيدوا عليك ما قالوه؟
لا تجد ما تقوله أثناء مناقشة؟
تجد أن الكلمات لا تريد أن تخرج من فمك؟
هل تخطئ فى نطق بعض الكلمات؟

٧ - الذاكرة

أى نوع من الأشياء هو الذى تنساه؟
ما مقدار تعلمك للأشياء؟
هل تتذكر الحقائق؟

٨ - المكان

هل تصطدم بأشياء لم تلاحظها؟
تشعر بعدم الوضوح (مشوش) أثناء نظرك للصور؟
يختلط عليك اليمين من اليسار؟
تتوه أثناء ذهابك لمكان ما؟

٩ - الأهداف

خلال الشهر الماضى، ما المشكلات التى كانت لديك وتشغلك؟
خلال الأسبوع القادم وما حوله هل لديك ما تعمله وتجد نفسك قلقا بشأنه؟
ما أكثر الأشياء المهمةالتى لا تستطيع عملها؟
من أين نبدأ

أو لملاحظة المريض فى مواقف الحياة الواقعية لإيضاح الأهداف التأهيلية. ويتطلب القيام بهذه المرحلة بطريقة ملائمة معلومات جيدة حول العمل فى المجال النفسى العصبى وتراثه، وفوق كل هذا استخدام الأدلة المستخلصة من الاختبارات المقننة.

التقييم لأغراض إعادة التأهيل.

يجب أن يشير التقييم الذى يجرى لأغراض إعادة التأهيل، كما يوضحها جدول (٦ - ٣٤)، بوضوح شديد لمصادر القوة والضعف لدى المريض، وليس فقط ما لا يستطيع أن يفعله. مثال ذلك، أنه لا أهمية للشروع فى برنامج علاجى لتنشيط ذاكرة الصور، إذا كانت قدرة المريض على تشكيل صور ذهنية فى أدنى حد. كما أنه لا أهمية لوضع نظام للرموز البصرية لمريض بالحبسة ، إذا كانت لديه أيضا مشكلات عمه مكانى. وسيقرر فحص مصادر القوة والضعف المعرفية، الاستراتيجية الشاملة للعلاج. يلى ذلك، أنه يتعين أن يشير التقييم للأهداف المحددة للعلاج، أى ترجمة الآفات المعرفية الملاحظة (مثال ذلك مشكلة ذاكرة مكانية) إلى أهداف واقعية (مثال ذلك القدرة على تذكر الطريق إلى دورة المياه) ويتعين أن يتضمن ذلك بالضرورة تخطيطا لما سيحدث ما طبيعة البيئة التى سيتحرك فيها المريض، وما أهم المتطلبات؟ ويجب أن تضع مثل هذه الخطة ما سيحدث فى اعتبارها من «المشكلات البيئية» مثل نقص الأماكن الملائمة، أو قصور الموارد المالية

جدول (٦ - ٣٤) :العوامل التي توضع في الاعتبار، فيما يخص إعادة التأهيل.

١ - مناطق التلف فى المخ.

٢ - الوظائف المعطلة.

٣ - احتمالات الشفاء التلقائى لهذه الوظائف.

٤ - مناطق المخ السليمة

٥ - الوظائف السليمة

٦ - العوامل التى يمكن أن تؤثر فى التقدم فى برنامج إعادة التأهيل مثال ذلك
الاستبصار
الدافعية
السلوك الاجتماعى والتفاعلى
الاضطرابات العصابية والسيكايترية

٧ - العوامل الجسمية التى تؤثر فى تصميم برنامج التأهيل
مثال ذلك مهارة الحضور للمستشفى

٨ - العوامل البيئية التى تؤثر فى نتائج برنامج إعادة التأهيل
اتجاهات الزوج أو الزوجة

اتجاهات صاحب العمل السابق
حالة البطالة المحلية، ومدى وجود وظائف متاحة
المعوقات المالية

وتحديد أهداف إعادة التأهيل ليس بالضرورة أمراً سهلاً. ولنأخذ مثلاً اضطرابات الذاكرة. سنجد أن القياسات المعملية للذاكرة لا ترتبط ارتباطاً مرتفعاً بالتقارير الذاتية حول مشكلات الذاكرة (Bennett - Levy et al., 1980; sunderland et al., 1983)

وبالتالي لا يمكن اعتبارها قياسات كافية مفيدة، غير أن دقة مقاييس التقرير الذاتي نفسها يجب الشك فيها احيانا، طالما أن الإجابة عن الاستخبار نفسه يتطلب ممارسة التذكر. مثال ذلك أن خبراتنا حول مرضى كورساكوف Korsakoff الذين أجابو عن استخبار الذاكرة الذاتي [(١)] (Binnett - Levy and Powell, 1980) كانت درجاتهم أعلى من متوسط الأسوياء، مقدرين أنفسهم على أن لديهم ذاكرة أفضل من المتوسط على الرغم من فقدان الذاكرة العميق لديهم. ومن الواضح أنه لا بديل عن الملاحظة المباشرة للمرضى فى المواقف الواقعية المطلوبة لهم.

وأخيراً يتعين على التقييم أن يصف المريض بوصفه شخصاً له أهدافه وطموحاته وصعوباته الشخصية، وأولوياته ودافعيته ومخاوفه، أن الشخص هو الذى سيعاد تأهيله وليس مجموعة من العبارات النفسية العصبية.

التقــــرير

عادة ما تتضمن التقارير النفسية العصبية قسما حول المتغيرات الديموجرافية المعتادة، ونبذة حول أهداف التقييم، ولن أعد التقرير، وسجلا تعليميا، وسجلا وظيفيا، ومصدر المعلومات (أي المقابلة، واختبارات المريض، ومقابلة الأقارب، وبقية التقارير المتاحة) ووصف لحادثة الإصابة، وتاريخ حدوث الآثار والعلاج، وملخص للاختبارات السابقة، والسلوك أثناء الاختبار، ونتائج الاختبارات المعرفية الحالية، والشخصية والحالة النفسية (مثال ذلك وجود حالة اكتئاب مصاحبة أو اضطراب لضغوط ما بعد الصدمة [(٢)] وتعليقات، وخلاصة، والمآل، أو الدلالات المتعلقة بالعلاج أو التدبر).

---

(1) Subjective memory Questionnaire.
(2) Post-traumatic stress disorder.

References

Baddeley, A. (1990) *Human Memory: Theory and Practice*, Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Battersby, W. S., Ender, M. B., Pollack, M. and Kahn, R. L. (1956) 'Unilateral "spatial agnosia" ("inattention") in patients with cerebral lesions', *Brain* 79: 68–93.

Bear, D. M. and Fedio, P. (1977) 'Quantitative analysis of interictal behaviour in temporal lobe epilepsy', *Archives Neurology* 34: 454–67.

Bennett-Levy, J. and Powell, G. E. (1980) 'The Subjective Memory Questionnaire (SMQ): an investigation into the self-reporting of "real-life" memory skills', *British Journal of Social Clinical Psychology* 19: 117–88.

Bennett-Levy, J., Polkey, C. E. and Powell, G. E. (1980) 'Self-report of memory skills after temporal lobectomy – the effect of clinical variables', *Cortex* 16: 543–57.

Benson, D. F. (1986) 'Aphasia and lateralization of language', *Cortex* 22: 71–86.

Benton, A. L. (1955) *The Visual Retention Test*, New York: Psychological Corporation.

Benton, A. L. (1959) *Right-left Discrimination and Finger Localization*, New York: Hoeber Medical, Harper Row.

Benton, A. L. (1962) 'The visual retention test as a constructional praxis task', *Confinia Neurologica* 22: 141–55.

Benton, A. L. (1967) 'Constructional apraxia and the minor hemisphere', *Confina Neurologia* 29: 1–16.

Benton, A. L. (1968) 'Differential behavioural effects in frontal lobe disease', *Neuropsychologia* 6: 53–60.

Birhle, A., Brownell, H. H., Powellson J. A. and Gardner H. (1986) 'Comprehension of humorous and non-humorous materials by left and right brain-damaged patients', *Brain and Cognition* 5: 185–203.

Blakemore, C. B. and Falconer, M. A. (1967) 'Long-term effects of anterior temporal lobectomy on certain cognitive functions', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 30: 364–7.

Bornstein, R. A. (1986) 'Contributions of various neuropsychological measures to detection of frontal lobe impairment', *International Journal of Clinical Neuropsychology* 8: 18–22.

Brooks, N., Campsie, L., Symington, C., Beattie, A. and McKinlay, W. (1986) 'The five-year outcome of severe blunt head injury: a relative's view', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 49: 764–70.

Brown, J. (1972) *Aphasia, Apraxia and Agnosia*, Springfield, Ill. : Charles C. Thomas.

Butters, N. and Brody, B. A. (1968) 'The role of the left parietal lobe in the mediation of intra-and cross-modal associations', *Cortex* 4: 328–43.

Christensen, A. L. (1975) *Luria's Neuropsychological Investigation*, Copenhagen: Muskgaard.

Corkin, S. H. (1964) 'Somesthetic function after cerebral damage in man', unpublished doctoral thesis, McGill University.

Corkin, S. (1965) 'Tactually-guided maze learning in man: effects of unilateral and bilateral hippocampal lesions', *Neuropsychologia* 3: 339–51.

Corkin, S. B., Milner, B. and Rasmussen, T. (1970) 'Somatosensory thresholds', *Archives of Neurology* 23: 41–58.

Crown, S. (1952) 'An experimental study of psychological changes following prefrontal lobotomy', *Journal of General Psychology* 47: 3–41.

Delaney, R. C., Rosen, A. J.. Mattson, R. H. and Novelly, R. A. (1980) 'Memory function in focal epilepsy: a comparison of non-surgical, unilateral temporal lobe and frontal lobe samples', *Cortex* 16: 103–17.

De Renzi, E. and Vignolo, L. A. (1962) 'The token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics', *Brain* 85: 665–78.

Dikmen, S., McLean, A. and Temkin, N. (1986) 'Neuropsychologies and psychological consequences of minor head injury', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 49: 1227–32.

Ellis, A. W. and Young, A. W. (1988) *Human Cognitive Neuropsychology*, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Falconer, M. A., Hill, D., Meyer, A., Mitchell, W. and Pond, D. A. (1955) 'Treatment of temporal-lobe epilepsy by temporal lobectomy: a survey of findings and results', *Lancet* 1: 827–37.

Finger, S., LeVere, T. E., Almli, C. R. and Stein. D. G. (eds) (1988) *Brain Injury and Recovery: Theoretical and Controversial Issues*, New York: Plenum Press.

Flor-Henry, P. (1969) 'Psychosis and temporal lobe epilepsy: a controlled investigation', *Epilepsia* 10: 363–88.

Freedman, M. and Oscar-Berman, M. (1986) 'Bilateral frontal lobe disease and selective delayed response deficits in humans', *Behavioural Neuroscience* 100: 337–42.

Gentilini, M., Nichelli, P. and Schoenhuber, R. (1989) 'Assessment of attention in mild head injury', in H. S. Levin, H. M. Eisenberg and A. L. Benton (eds) *Mild Head Injury*, New York: Oxford University Press.

Geschwind, N. (1975) 'The apraxias: neural mechanisms of disorders of learned movement', *American Scientist* 63: 188–95.

Golden, C. J. (1981) 'A standardized version of Luria's neuropsychological tests', in S. Silskov and T. J. Bull (eds) *Handbook of Clinical Neuropsychology*, New York: Wiley-Interscience.

Goldstein, K. (1944) 'Mental changes due to frontal lobe damage', *Journal of Psychology* 17: 187–208.

Goldstein, K. and Scheerer, M. (1941) 'Abstract and concrete behaviour: an experimental study with special tests', *Psychological Monographs* 43: 1–151.

Goodglass, H. and Kaplan, E. (1972) *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, Philadelphia: Lea and Febiger.

Grant, A. D. and Berg, E. A. (1948) 'A behavioural analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card sorting', *Journal of Experimental Psychology* 38: 404–11

Gronwall, D. (1977) 'Paced auditory serial addition task: a measure of recovery from concussion', *Perceptual and Motor Skills* 44: 367–73.

Gronwall, D., Wrighton, P. and Waddell, P. (1990) *Head Injury: The Facts*, Oxford: Oxford University Press.

Guitton, D., Buchtal, H. A. and Douglas, R. M. (1982) 'Disturbances of voluntary saccadic eye-movement mechanisms following discrete unilateral frontal-lobe removals', in G. Lennerstrand, D. S. Lee and E. L. Keller (eds) *Functional Basis of Ocular Motility Disorders*, Oxford: Pergamon Press.

Halstead, W. C. (1947) *Brain and Intelligence*, Chicago: University of Chicago Press.

Hassler, R. (1978) 'Striatal control of locomotion, intentional actions and of integrating and perceptive activity', *Journal of Neurological Science* 36: 187–224.

Hecaen, H. and Albert, M. L. (1978) *Human Neuropsychology*. New York: John Wiley and Sons.

Jennett, B. and Bond, M. (1975) 'Assessment of outcome after severe brain damage', *Lancet* 480–4.

Jennett, B. and Frankowski, R. F. (1990) 'The epidemiology of head injury', in R. Braakman (ed.) *Handbook of Clinical Neurology, Vol. 13(57): Head Injury*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Jones-Gotman, M. and Milner, B. (1977) 'Design fluency: the invention of nonsense drawings after focal cortical lesions', *Neuropsychologia* 15: 653–74.

Jones-Gotman, M. and Milner, B. (1978) 'Right temporal lobe contribution to image mediated verbal learning', *Neuropsychologia* 16: 61–71.

Kimura, D. (1963) 'Right temporal lobe damage: perception of unfamiliar stimuli after damage', *Archives of Neurology* 8: 264–71.

Kimura, D. (1980) 'Neuromotor mechanisms in the evolution of human communication', in H. D. Steklis and M. J. Raleigh (eds) *Neurobiology of Social Communication in Primates: An Evolutionary Perspective*, New York: Academic Press.

Kolb, B. and Milner, B. (1981) 'Performance of complex arm and facial movements after focal brain lesions', *Neuropsychologia* 19: 505–14.

Kolb, B. and Whishaw, I. Q. (1980) *Fundamentasl of Human Neuropsychology*, San Francisco: W. H. Freeman.

Kolb, B. and Whishaw, I. Q. (1990) *Fundamentals of Human Neuropsychology, 3rd edn*, New York: Freeman and Company.

Konow, A. and Pribram, K. H. (1970) 'Error recognition and utilization produced by injury to the frontal cortex in man', *Neuropsychologia* 8: 489–91.

Kraus, J. F. and Norjah, A. P. (1989) 'The epidemiology of mild head injury', in H. S. Levin, H. M. Eisenberg and A. L. Benton (eds) *Mild Head Injury*, New York: Oxford University Press.

Kuypers, H. G. J. M. (1981) 'Anatomy of the descending pathways', in V. B. Brooks (ed.) *The Nervous System, Handbook of Physiology, Vol. 2*, Baltimore: Williams and Wilkins.

Leonard, G., Jones, L. and Milner, B. (1988) 'Residual impairment in handgrip strength after unilateral frontal-lobe lesions', *Neurospychologia* 26: 555–64.

Levin, H. S., Hamilton, W. J. and Grossman, R. G. (1990) 'Outcome after head injury', in R. Braakman (ed.) *Handbook of Clinical Neurology, Vol. 13(57): Head Injury*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Lezak, M. D. (1983) *Neuropsychological Assessment, 2nd edn*, New York: Oxford University Press.

Lezak, M. (ed.) (1989) *Assessment of the Behavioural Consequences of Head Trauma*, New York: Alan R. Liss Inc.

Lishman, W. A. (1968) 'Brain damage in relation to psychiatric disability after head injury', *British Journal Psychiatry* 114: 373–410.

Luria, A. R. (1966) *Higher Cortical Function in Man*, New York: Basic Books.

Luria, A. R. (1973) *The Working Brain*, London: Penguin.

Luria, A. R. and Tsvetkova, L. D. (1964) 'The programming of constructive activity in local brain injuries', *Neuropsychologia* 2: 95–108.

McNeil, M. R. and Prescott, T. E. (1978) *Revised Token Test*. Baltimore: University Park Press.

Meyer, V. (1957) 'Cognitive changes following temporal lobectomy for the relief of focal temporal lobe epilepsy', unpublished Ph. D. thesis, University of London.

Meyer, V. (1959) 'Cognitive changes following temporal lobe lobectomy for relief of temporal lobe epilepsy', *Archives of Neurology Psychiatry* 81: 299–09.

Meyer, V. and Yates, A. S. (1955) 'Intellectual changes following temporal lobectomy for psychomotor epilepsy', *Journal of Neurolology Neurosurgery and Psychiatry* 18: 44–52.

Miller, L. (1985) 'Cognition risk taking after frontal or temporal lobectomy I. The synthesis of fragmented visual information', *Neuropsychologia* 23: 359–69.

Milner, B. (1964) 'Some effects of frontal lobectomy in man', in J. M. Warren and K. Akert (eds) *The Frontal Granular Cortex and Behaviour*. New York: McGraw-Hill.

Milner, B. (1965) 'Visually-guided maze learning in man: effects of bi-lateral hippocampal, bilateral frontal, and unilateral cerebral lesion', *Neuropsychologia*, 3: 317–38.

Milner, B. (1967) 'Brain mechanisms suggested by studies of temporal lobes', in F. L. Darley (ed.) *Brain Mechanisms Underlying Speech and Language*. New York: Grune and Stratton.

Milner, B. (1968) 'Effects of different brain lesions on card sorting', *Archives of Neurology* 9: 90–100.

Milner, B. (1975) 'Psychological aspects of focal epilepsy and its neurosurgical management', in D. P. Purpura, J. K. Penry and R. D. Walter (eds) *Advances in Neurology, Vol. 8*. New York: Raven Press.

Nelson, H. E. (1976) 'A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects', *Cortex* 12: 313–24.

O'Callaghan, M. A. J. and Carroll, D. (1982) *Psychosurgery: A Scientific Analysis*. Lancaster: MTP Press.

Pang, D. (1989) 'Physics and Pathophysiology of closed head injury', in M. Lezak (ed.) *Assessment of the Behavioral Consequences of Head Trauma*, New York: Alan R. Liss, Inc.

Pendleton, M. G., Heaton, R. K., Lehman, R. A. W. and Hulihan, D. (1982) 'Diagnostic utility of the Thurstone Word Fluency Test in neuropsychological evaluations', *Journal of Clinical Neuropsychology* 4: 307–17.

Piercy, M., Hecaen, H. and Ajuriaguerra, J. de (1960) 'Constructional apraxia associated with unilateral cerebral lesions – left and right sided cases compared', *Brain* 83: 225–42.

Porteus, S. D. (1965) *Porteus Maze Test: Fifty Years' Application*, Palo Alto, Calif.: Pacific.

Powell, G. E. (1979) 'The relationship between intelligence and verbal and spatial memory', *Journal of Clinical Psychology* 35: 335–340.

Powell, G. E., Bailey, S. and Clark, E. (1980) 'A very short version of the Minnesota Aphasia test', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 19: 189–94.

Rausch, R. (1977) Cognitive strategies in patients with unilateral temporal lobe excisions, *Neuropsychologia*, 15: 385–95.

Rausch, R. (1981) 'Lateralization of temporal lobe dysfunction and verbal encoding', *Brain and Language* 12: 92–100.

Reitan, R. M. (1966) 'A research programme on the psychological effects of brain lesions in human beings', in N. R. Ellis (ed.) *International Review of Research in Mental Retardation, Vol. 1*, New York: Academic Press.

Rey, A. (1959) *Le Teste de copie de figure complexe*, Paris: Edition Centre de Psychologie Appliquée.

Roy, R. and Cooper, P. R. (1990) 'Penetrating injuries of the skull and brain', in R. Braakman (ed.) *Handbook of Clinical Neurology, Vol. 13(57): Head Injury*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Russell, E. W., Neuringer, C. and Goldstein, G. (1970) *Assessment of Brain Damage: A Neuropsychological Key Approach*, New York: Wiley.

Schuell, H. and Sefer, H. (1973) *Differential Diagnosis of Aphasia: Revised*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Schulhoff, C. and Goodglass, H. (1969) 'Dichotic listening: side of brain injury and cerebral dominance', *Neuropsychologia* 7: 149–60.

Semmes, J. S., Weinstein, S. and Teuber, H.-L. (1960) *Somatosensory Changes after Penetrating Brain Wounds in Man*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press.

Semmes, J., Weinstein, S., Ghent, L. and Teuber, H.-L. (1963) 'Correlates of impaired orientation in personal and extra-personal space', *Brain* 86: 747–72.

Shallice, T. (1982) 'Specific impairments of planning', *Philosophical Transactions of the Royal Society London*, B298: 199–209.

Shallice, T. and Evans, M. E. (1978) 'The involvement of the frontal lobes in cognitive estimation', *Cortex* 14: 294–303.

Silberman, E. K. and Weingartner, H. (1986) 'Hemispheric lateralization of functions related to elusion', *Brain and Cognition* 5: 322–53.

Smith, M. L. and Milner, B. (1984) 'Differential effects of frontal-lobe lesions on cognitive estimation and spatial memory', *Neuropsychologia* 22: 697–705.

Spreen, O. and Benton, A. L. (1969) *Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia*, Victoria, Canada: University of Victoria.

Spreen, O. and Strauss, E. (1991) *A Compendium of Neuropsychological Texts: Administration, Norms and Commentary*, New York: Oxford University Press.

Stalhammer, D. A. (1990) 'The mechanisms of brain injury', in R. Braakman (ed.) *Handbook of Clinical Neurology, Vol. 13(57): Head Injury*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Sunderland, A., Harris, J. E. and Baddeley, A. D. (1983) 'Do laboratory tests predict everyday memory?', *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour* 22, 341–57.

Taylor, L. B. (1969) 'Localization of cerebral lesions by psychological testing', *Clinical Neurosurgery* 16: 269–87.

Taylor, L. (1979) 'Psychological assessment of neurosurgical patients', in T. Rasmussen and R. Marino (eds) *Functional Neurosurgery*, New York: Raven Press.

Teasdale, A. and Jennett, B. (1974) 'The Glasgow Coma Scale', *Lancet* 2: 81–4.

Teuber, H.-L. (1964) 'The riddle of frontal lobe function in man', in J. M. Warren and K. Akert (eds) *The Frontal Granuar Cortex and Behaviour*, New York: McGraw-Hill.

Teuber, H.-L. and Weinstein, S. (1954) 'Performance on a formboard task after penetrating brain injury', *Journal of Psychology* 38: 177–90.

Tompkins, C. A. and Mateer, C. A. (1985) 'Right hemisphere appreciation of intonational and linguistic indications of affect', *Brain and Language* 24: 185–203.

Tyler, H. R. (1969) 'Disorders of scanning with frontal lobe lesions', in S. Locke (ed.) *Modern Neurology*, London: Churchill.

Walsh, K. W. (1976) 'Neuropsychological aspects of modified leucotomy', in W. H. Sweet (ed.) *Neurosurgical Treatment in Psychiatry, Pain and Epilepsy*, Baltimore: Unversity Park Press.

Walsh, K. W. (1978) *Neuropsychology: A Clinical Approach*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Warrington, E. K. and Rabin, P. (1970) 'Perceptual matching in patients with cerebral lesions', *Neuropsychologia* 8: 475–87.

Warrington, E. K. and Taylor, A. M. (1973) 'The contribution of the right parietal lobe to object recognition', *Cortex* 9: 152–64.

Warrington, E. K. and Weiskrantz, L. (1973) 'An analysis of short-term and long-term memory defects in man', in J. A. Deutsch (ed.) *The Physiological Basis of Memory*, New York: Academic Press.

Wilkins, A. and Moscovitch, M. (1978) 'Selective impairment of semantic memory after temporal lobectomy', *Neuropsychologia* 16: 73–9.

الفصل الخامس والثلاثون

المشكلات العصبية
العـــلاج وإعـــادة التأهـــيل

Neurological Problems
Treatment and rehabilitation

باريرا أ . ويلسون و جراهام ي. بول

Barbara A . Wilson and Graham E. Powell

الفصل الخامس والثلاثون
المشكلات العصبية
العلاج وإعادة التأهيل

باربرا أ . ويلسون و جراهام ي . بول
Barbara A. Wilson and Grham E.Powell

دور الإمكانات وإسهام علم النفس الإكلينيكى

تقدم أغلب العلاجات المتاحة الآن لأصحاب إصابات الدماغ بواسطة الأطباء والممرضين . وأخصائييّ العلاج الطبيعي والعلاج بالعمل ، وأخصائييّ علاج عيوب الكلام . وبالرغم من ذلك اصبح من الواضح حديثاً أن لدى علم النفس الإكلينيكى الكثير الذى يستطيع تقديمه .

فأولاً : يمكن لأخصائيو علم النفس الإكلينيكى الإسهام فى طبيعة العلاج ذاته ، مستخدمين فى ذلك معارفهم حول أساليب التدريب النوعية . وقد وصف بول (1981, 1983) Powell وويلسون Wilson (1991 a) الأساليب الملائمه لذلك وقد قدمت خطوطها العريضة فى جدول (١ - ٣٥) فى ضوء تعلقها بالاختلالات النفسية العصبية المتعدده .

ثانياً : يمكن لخبرة الأخصائى النفسى الاكلينيكى فى موضوعات القياس أن تساعد فى تحديد أهداف العلاج ، وتعاون فى توفير ملاحظة جيدة للمرضى وتقدمهم . ومن المؤكد أنه تحت بعض الظروف يكون لمثل هذه الملاحظة تأثير علاجى، فقد تعزز دافعية المريض وفريق العلاج . وتشجع مناخ التعاون المتبادل .

ثالثاً : تتوفر لدى الأخصائى النفسى الإكلينيكى المعارف الخاصة بتصميم البحوث ، ومنهجية البحث ، والإحصاء ، وهى أمور هامه فى مجال فحص الاختلالات الوظيفية لدى المريض (وبالتالى ترهف تحديد الأهداف العلاجية) ، وفى مجال تقييم كفاءة العلاج - وهو موضوع مُهمل بشكل محزن فى عديد من مهن المساعدة .

وتنشأ المشكلات التى تواجه الأخصائى النفسى الإكلينيكى الذى يعمل مع الأشخاص ذوى الإصابة الدماغية من مصادر متعددة بما فى ذلك الجلطة المخية ، وإصابات الدماغ الصدمية ، وأورام المخ، وجراحة المخ ، وأمراض التدهور ، والاضطرابات الأيضية والهرمونيه ، و التهابات المخ ، وآفات التغذية ، والاصابات أثناء الولادة ، والاضطرابات التسممية . ومن المفيد تقسيم المشكلات نفسها إلى ثلاث فئات متداخلة . الأولى هى التى تضم الآفات التى تنشأ مباشرة عن تلف فى الأنسجة العصبية ، بما فى ذلك الحبسة والعمه والقهرية (1) . وآفات الذاكرة والإهمال الطرفي..الخ. ثانياً الفئة التى تتضمن المشكلات التى تم تعلمها بعد حدوث التلف المخى . مثل الشكوى من الانتباه ، والخوف من العلاج الطبيعى ،

(1) Disinhibition.

والإكثار من الحديث لتجنب القيام بأنشطة معينة . أو الترنح دون سبب إلا لمجرد الحصول على مكاسب ثانوية . ثالثاً فئة المشكلات التى تسبق أو تصاحب التلف العصبى ، وهى مشكلات لم تحدث نتيجة لفقدان الانسجة . ولكنها تؤثر سلباً فى إعادة التأهيل وفى المآل . ويتعين التعامل معها وأخذها فى الاعتبار. ويتضمن هذا النوع من المشكلات الميول العدوانيه، والصعوبات الزوجية ، والتهاب المفاصل ، والسمنة .

جدول ١ - ٣٥ : بعض أساليب العلاج المستخدمه لتخفيف المشكلات العصبية .

أ - إضطرابات اللغة :

١ - المناحى التى تعالج الكلام باعتباره يتكون من سلوك يمكن تشكيله :

مـثال ذلك : تشكيل بالتشريط الفعال (١) باستخدام التدعيم الإيجابى .

تشكيل بالتشريط الفعال باستخدام التدعيم السلبى للنطق غير الملائم .

برامج المكافآت بالعملات الرمزية (٢) .

نمذجة (٣) أشكال السلوك المرغوبة .

توفير عائد (٤) للأداء .

التعلم المبرمج (٥) .

٢ - المناحى التى تحاول إشراك النصف الكروى (٦) غير السائد :

مـثال ذلك : العلاج بالترانيم اللحنية (٧) .

مدخلات طرفية (بصرية سمعية أو لمسية) إلى النصف الكروى الأيمن فقط وكلمات مصاغة بصرياً .

٣ - المناحى التي تنشئ طرقاً جديدة تماماً للتعبير عن الأفكار والمكونات المعرفية :

مـثال ذلك : لغة الإشارة .

كتب مفردات مصورة للإشارة إليها (مثال ذلك نظام للتواصل البصرى) .

ب - اختلالات الذاكره :

١ - وسائل اصطناعية خارجية لتخزين المعلومات :

مـثال ذلك : كراسات المذكرات

اليوميات

القوائم

(1) Operant conditioning.
(2) Token - economy.
(3) Modeling.
(4) Feedback.
(5) Programmed learning.
(6) Right hemisphere.
(7) Melodic intonation.

تابع جدول (١ : ٣٥)

٢ - استراتيجيات معرفية داخلية لتنظيم المعلومات لإعادة استعادتها :

مثال ذلك : أول حرف تذكيرى (١) .

الطريقة المركزية (٢) .

طريقة التثبيت (٣) .

٣ - زيادة عمق عمليات استدعاء المواد :

مثال ذلك : القراءة لفهم المعنى أو للخروج باستدلالات

قراءة من منظور الإجابة عن أسئلة سابقة التحديد

٤ - إعادة ترميز المعلومات بأنماط يمكن تخزينها وإعادة استرجاعها :

مثال ذلك : التسجيل اللفظى للمرئيات .

التسجيل اللفظى الحركي

الربط التصورى بين الوجوه والأسماء

٥ - استخدام كل من نظامى الذاكرة اللفظى وغير اللفظى (الترميز الثنائى)

مثال ذلك : العلاج المصور لأزواج الكلمات

العرض المصور لقطع نثرية

جـ - اضطرابات النوبات :

١ - تعديلات سلوكية فى البيئة :

استبعاد المكتسبات السلوكية الثانوية الفورية والمتأخرة .

إضافة تدعيمات سلبية فورية

قطع سلسلة السلوك السابق لحدوث النوبات .

٢ - تغيير التأثيرات الانفعالية لبعض المنبهات البيئية المعينة .

تسكين (٤) الخوف من الظروف المثيرة للصرع .

خفض عام للقلق .

زيادة القدره على الاسترخاء .

زيادة الاستبصار بأسباب الضغوط الانفعالية .

٣ - التعويد على المنبهات الحسية المثيرة للصرع

التعرض التدريجى (٥) .

(1) Mnemonic.
(2) loci method.
(3) peg method.
(4) Desensitisation.
(5) Graded exposure.

تابع جدول (١ - ٣٥) :

٤ - العائد البيولوجى (١) .

للإيقاع الحسى الحركى .

للنشاط الزائد بصفة عامة لموجات ألفا (٢)

د - الاضطرابات الحركية :

١ - نماذج العائد :

مثال ذلك : عائد الرسام الكهربائى لنشاط العضلات فى حالات الشلل ، والتشنجات (٣) .

عائد الحركة فى حالات الإضطراب الحركى الإرادى (مثال ذلك تقلص الرقبه والارتجاف)

عائد الإداء (لمسافة المشى ، أرتفاع الساق فى الخطو ، الخ)

٢ - مناحي التدعيم :

مثال ذلك : مكافآت لتحقيق الأهداف .

إعفاء من السلوك الإرادى غير الملائم .

٣ - أساليب متنوعة :

مثال ذلك : التدريبات المكثفة .

التدريب على المهارات الحركية .

تمارين عقلية مهارية .

توجيهات لفظية للحركات الإرادية .

ومجال واسع من المشكلات الأخرى . ويبين جدول (٢ - ٣٥) كيف يمكن تقسيم مشكلات المرضى بهذه الطريقة .

ويقدم بقية هذا الفصل عرضاً لهذه المشكلات والأساليب المستخدمه لعلاجها . وأكثر المعوقات شيوعاً ، والتى توجد لدى الراشدين ذوى التلف المخى بعد إصابات الدماغ (Brooks, 1984) هى السكتة المخية (٤) (Nicols, 1979) ومشكلات عصبية متعددة، والتى يحتمل أن تكون :

١ - صعوبات حركية مثل الشلل النصفى (٥) ، والعمه الحركي والخلجات واللذين دائماً ما يكونون مصحوبين بشلل تشنجي ، وفقدان للإيقاع العضلى ، وغالباً ما يكون أخصائيو العلاج الطبيعى مشاركين فى علاجها .

٢ - آفات معرفية مثل الذاكرة ، واللغة والضعف الإدراكى ،

---

(1) Bio - feedback.
(2) Alfa rhythm.
(3) Spasticity.
(4) Stroke.
(5) Hemiplegia.

جدول (٢ – ٣٥) : أمثلة لبعض المشكلات الشائعة الوجود لدى المرضى العصبيين.

المشكلة	ماينشأ مباشرة عن التلف فى المخ	مايتعلم بعد التلف فى المخ	مايسبق أو يقترن بالتلف فى المخ
مشكلات سلوكية	انعدام الكف وسلوك قهرى بعد التلف فى الفص الجبهى.	شكوى من الانتباه	عدوانية
مخاوف وقلق	يحتمل أن تكون الزيادة فيها بعد التلف فى تحت اللحاء الصدغى	الخوف من العلاج الطبيعى	خوف من هجر الزوج أو الزوجة ومن المستقبل بصفة عامة
المهارات الاجتماعية	اضطرابات اللغة ، والتى تؤثر بوضوح فى التفاعل الاجتماعى	كثرة الحديث لتجنب الأعمال	شخصية سيكوباتية ،مخاوف اجتماعية .
اكتئاب	يرتبط أحياناً بالتلف فى النصف الكروى الأيسر ، ولكنه يرتبط أيضاً بالنصف الأيمن	ينشأ عن تغير الدور	شخصية هوسية / اكتئابية .
حركة	شلل جانبى ، وعمه حركى وباركنسون ويمكن أن تنشأ جميعها من مواضع مختلفة للتلف .	عرج بهدف جذب الانتباه	التهاب مفاصل ، وأشكال شذوذ ولادية .
مشكلات ذاكرة	ضعف فى التعلم ، وضعف فى الاحتفاظ بالمعلومات على مدى الزمن وهى مصاحبات متكرره للتلف فى الفص الجبهى .	يمكن أن يتعلم المبالغة، وآفات فى الذاكرة وعصاب تعويضى	فقدان ذاكرة هستيرى / وظيفى
الحديث واللغة والقراءة	فساد نطق (١) ، وعى (٢) وعسر قرائى (٣) قد تكون جميعها واضحه بعد التلف فى الجانب الأيسر	صمم اختياري	عجز ارتقائى فى القراءة وتهتهة وصمم اختيارى
الإهمال الطرفى الأحادى	تلف قذالى أيمن	لا يحتمل أن يكون متعلماً	لا يحتمل أن يكون متعلماً
السمنه	زيادة مزمنة فى كمية الأكل يمكن أن تنشأ عن التلف فى المهاد الأدنى	ينشأ عن قلة الرياضة	استمرار فى زيادة الأكل

(1) Dysarthria.
(2) Dysphasia.
(3) Dyslexia.

يقوم أخصائيو الكلام بعلاجها فى أغلب الحالات – هذا إذا كانوا يعالجونها من أساسها .

٣ – المشكلات السلوكية مثل الصياح والسباب والاندفاعية .

٤ – المشكلات الانفعالية مثل القلق والغضب ، والخوف ، والاكتئاب ، وإذا كانت هذه المشكلات تعالج فيجب أن تطلب النصيحة من الأخصائى النفسى لتدبرها ، وعلى أى الأحوال فغالباً ما يكون الأمر هو أنه لا يوجد أخصائى نفسى متاح لهذا ، وربما يحاول كل أفراد الفريق تدبر الأمر بقدر ما يستطيعون وبدرجات مختلفة من النجاح .

٥ – الإعاقات الناتجة عن التلف فى الفص الجبهى مثل العناد واللامبالاة والصمت ، وصعوبة تنظيم وتخطيط السلوك . ومرة أخرى فإن هذه المشكلات لا تعالج إطلاقاً ، على الرغم من أن كل أفراد فريق المهن الطبية المساعدة يمكنهم المشاركة فى علاجها وفقاً للظروف .

والسؤال الرئيسى الذى يحتاج لأن نطرحه هنا هو : كيف يستطيع الأخصائى النفسى الأكلينيكى أن يساعد فى مواقف كهذه ؟ لننظر فى كل قسم من الأقسام التالية على الترتيب .

المشكلات الحركية :

يمكن أحياناً استخدام المبادئ السلوكية لتحقيق تحسن فى الصعوبات الحركية ، أو حتى لاستعادة الوظائف المفقودة . وعادة ما يكون من المرغوب فيه الجمع بين إمكانات أخصائى العلاج الطبيعى أو أخصائى الأمراض العصبية . وقد يرفض المرضى التعاون فى مواقف معينة . بادعاء أنه من الصعب عليهم للغاية أن يتعلموا المشى أو دفع كراسيهم المتحركة . وقد لا يكون المرضى راغبين فى مواقف أخرى فى المشاركه فى العلاج اعتماداً على الاعتقاد الخاطئ وهو أن عليهم مجرد الأنتظار بطريقة سلبية حتى يعود ذراعهم أو ساقهم إلى حالته الطبيعية . وقد يكون فى مقدور الأخصائى النفسى الإكلينيكى الالتفاف حول هذه الرغبه فى عدم التعاون باستخدام التدعيم المناسب ، مثال ذلك أن الكثير من المرضى يجدون أن فى مقدورهم الهرب من المهام غير السارة والصعبة التى لديهم بمجرد الشكوى أو رفض التعاون . فإذا رفضوا دفع كراسيهم المتحركة فإن شخصاً أخرسيقوم بدفعهم ، وإذا اشتكوا بشدة من تمريناتهم فسيسمح لهم بالراحة فترة ، أو سيعطيهم أخصائى العلاج الطبيعى مزيداً من الاهتمام. وعادة ما تكون الراحة والحصول على الاهتمام مدعمات قوية للغاية فى موقف إعادة التأهيل (Series and lincolen, 1978) ويمكن إيجاد الحل هنا بسهولة من خلال تقديم الراحة والانتباه تاليان لتحقيق النجاح أو الإنجاز، وليس تاليان للشكوى أو الفشل . وبالتالى فعندما يجد مريض معين أن تمريناً ما أو نشاطاً معيناً متعباً ، فيتعين أن يسمح له بالراحه بعده وليس قبله . كأن يقضى ثلاث أو أربع دقائق فى التمرينات – أو أن يستريح بعد أن يكمل التدريب عدة مرات . والقاعدة الإرشادية هى البدء بهدف يستطيع المريض تحقيقه بيسر ، ومن الأفضل أن تكون الأهداف سهلة للغاية ، فكلما كانت سهلة كلما أمكن الاستمرار فيها . وإذا كانت الأهداف من الصعوبه بحيث لا يمكن تحقيقها فسيصبح الشخص غير مستجيب . ويعد العائد (١) مدعماً أخر قوياً للمرضى العصبيين وهو أحد الأساليب التى كانت تهمل دائماً . وعليك أن تخبر الناس ببساطه بجودة ما يفعلونه ، وتقدم لهم مخططات أو رسوم بيانيه لتؤكد ذلك ، وهو الأمر الذى يمكن أن يؤدى إلى نتائج حاسمة . وقد ذكر كار وويلسون Carr and wilson (1983) حالة مريض لديه إصابة بالعمود الفقرى عمره ٣٤ عاماً تعرض لالتهابات مؤلمة ؛ نتيجة فشله فى دفع عجيزته لأعلى من مقعده

---

(1) Feedback .

المتحرك على فترات منتظمة ، وقد حاول أخصائيو العلاج الطبيعي والممرضين والأطباء إقناعه بأهمية العناية بالجلد ، وضرورة أن يرفع نفسه لمدة أربع ثوانٍ كل ١٠ دقائق . وقد تجاهل الرجل نصيحتهم مستخدماً التملق أولاً ثم الغضب . و على الرغم من ذلك ، فعندما أضاف الأخصائيون النفسيون لمقعده المتحرك جهازاً يسجل عدد مرات رفع نفسه كل ساعة ، ارتفع عدد مرات رفعه لجسمه وشفيت التقرحات . ويمكن للعائد أن يكون مفيداً أيضاً فى الاضطرابات الحركية الأخرى مثل العمه الطرفى . مثال ذلك أن جهازا بسيطاً يصدر إشارة عند الوصول إلى زاوية معينة ، يمكن أن يؤدى إلى تحسن مرضى العمه الحركى، الذين يثبتون ذراعاً أو ساقاً على وضع خاطئ . والصعوبة الكبيرة هى فى تصميم جهاز يتم تركيبه بسهولة فى ركبة أو فخذ أو مرفق؛ بحيث يكون حساساً لزاوية الحركة وسهل الارتداء . والعائد البيولوجى (١) فعال فى المعمل ، ولكن توجد حاجة فى بعض الاحيان لارتداء الجهاز فى مواقف الحياة اليومية الطبيعية . وقد صنع مثل هذا الجهاز لقسم العلاج الطبيعى فى مركز ريفر ميد للعلاج الطبيعى بأكسفورد بواسطة شركة ماينارد . وهو جهاز زئبقى متصل بمفتاح ، وهو عبارة عن أنبوبة ذات وصلتين وفقاعة من الزئبق ، وعندما تكون الأداة أفقية يعبر الزئبق المسافة بين الوصلتين وتصدر إشارة صوتية ، وعلى الرغم من عدم إستخدام هذا الجهاز لمرضى العمه الحركى ، إلا أنه استخدم لمريضة بالسكتة المخية كانت دائماً ما تسقط رأسها إلى الأمام . وقد ثبتت الأداة بقبعة من الصوف وحتى يمكن تجنب الإشارة الترددية التى يصدرها الجهاز ، كان عليها أن تحافظ على رأسها مرفوعة . ويصف روبرتسون وكاشمان Robertson and Cashman (1991) فى بحث حديث لهما علاجهما لامراة فى التاسعة والعشرين تعانى من إهمال طرفى وصعوبات راجعه للفص الجبهى ناتجة عن تلف مخى متعدد حدث تالياً لجراحة فى القلب . وكان لدى المرأة مشكلات فى العلاج الطبيعى لأنها كانت تمشى رافعه جانبها الايسر فى وضع مرتفع وغير مناسب . وعقب فشلها فى تعلم كيف تخفض جانبها أثناء المشى ثبت لها مفتاح ضغط حساس ، ذو جرس على بطنها ، أولج تحت جانبها الأيسر ، تبع ذلك برنامج تدريبى تضمن تحديد الأهداف ووضع رسوم بيانية توضح التقدم ، وقد تحسن مشيها وعمم فى المواقف غير العلاجية . والبديل للعائد هو العائد البيولوجى وهو إجراء يتم من خلاله مراقبة بعض الجوانب فى أداء الفرد بطريقة نظامية، ثم يقدم له عائد هذا الأداء فى شكل إشارات بصرية أو سمعية . وقد وصف باستا Pasta (1983) استخدام العائد البيولوجى مع مرضى صرعيين ، وأظهر تحسناً فى اتجاه السواء فى تسجيلاتهم على رسم المخ ، كما وجد أيمز Emes (1984) أن العائد البيولوجى أظهر نتائج أكثر حسماً من تلك المحققة فى العلاج الجماعى لعلاج مرضى السكتة المخية – كما وجد تومبسون Thompson (1987) من خلال عمله مع مرضى السكتة المخية تحسناً جوهرياً فى تحكمهم فى عضلات الساق ، وكان احتمال ظهور هذا التحسن يحدث بين الأسبوع الخامس ، حتى الأسبوع السادس عشر من التدريب .

المشكلات المعرفية :

ذكرنا فى الطبعة الأولى من هذا الكتاب أن هناك احتمالاً أن تكون المشكلات المعرفية هى أكثر المجالات التى أهملت فى العلاج أو إعادة التأهيل العصبى . وقد حدثت منذ ذلك الوقت زيادة جوهرية فى إعادة التأهيل المعرفى . وحيث كرست مجلتان لهذا الموضوع وعلى نطاق واسع (هما إعادة التأهيل المعرفى (٢) التى يصدرها ناشرو العلوم العصبية بأنديانا بوليس ، وإعادة التأهيل النفسى العصبى (٣)

(1) Bio - feedback.

(2) Cognitive Rehabilitation.

(3) Neuropsychological Rehabilitation.

التى تصدرها جمعية لورنس ايرلبوم فى هوف، وقد ظهر عديد من المقالات ، خلال السنوات الخمس الماضية (انظر على سبيل المثال :Strum and Willmes, 1991, and kerkoff et al., 1992) وعلى الرغم من هذا النمو فى الاهتمام فما زال صحيحاً أن بعض الأطباء فشلوا فى تعرف التطبيقات العديدة لتغير الوظائف العقلية الذى يحدث بعد السكته المخية وإصابات الدماغ ، أو التلف فى بعض أنظمة الجهاز العصبى المركزى . ومن بين ما تم التعرف عليه الإعاقة الناتجة عن العجز المعرفى . ويفشل الكثيرون فى تقدير أن بعض التحسن أو إعادة التعلم من الأمور الممكنه . ولن يفهم المرضى أو أقاربهم على الإطلاق العديد من الآفات المعرفية مثل الإهمال الطرفى أو فقدان الذاكرة أو العمه ، كما قد لا يفهمها حتى أفراد الفريق الذين يعملون معهم . ويعتقد الأشخاص المصابين بآفات معرفية ، على سبيل المثال ، أنهم فى طريقهم إلى الجنون . وينكر الأشخاص الذين يعانون من الإهمال الطرفى أن هناك مشكلة لديهم . ويعتقد المصابون بعجز القراءة المكتسب أنهم فقط فى حاجة لنظارات جديدة . وقد يتعرض مرضى اضطرابات الكلام للصياح عليهم ، أو لمعاملتهم كالأطفال من أقاربهم أو من بعض المهنيين . أو يعاملوا على العكس من ذلك كما لو كانوا يفهمون كل شئ يقال لهم لأن مهاراتهم غير اللفظية ما زالت سليمة . ويقول ديلر Diller « سيظل علاج الآفات المعرفية أكبر تحدى لأولئك المهتمين بإعادة تأهيل ذوى الإصابات المخية » (Diller, 1976 : 13) . وتوجد الآن بالفعل بعض الأساليب والمناحى ، كما أن بعضاً آخر يجرى تطويره وعلى الرغم من ذلك فهناك مبادئ راسخة وإستراتيجيات ، يمكن الجمع بينها فى برامجنا العلاجية . مثال ذلك التدعيم الإيجابى ، والإطفاء ، والتشكيل ، والتعلم بلا أخطاء ، والنمذجة ، والحث . كما يمكننا أيضاً استعارة وتعديل أساليب من مجالات أخرى فى علم النفس : مثال ذلك أنه يمكننا استخدام أساليب التعلم التى طورت للمعاقين عقلياً ، والتوجهات الواقعية من مجال المسنين ، والعلاج السلوكى من طب نفسى الراشدين والأطفال . ويقدم ويلسون wilson (1989, 1991a) أمثلة أكلينيكية لذلك .

وأحد أكثر أشكال الضعف المعرفى شيوعاً التى تحدث عقب التلف فى المخ هو اضطرابات الذاكره . وهو بالتاكيد أحد المشكلات التى دائماً ما يلاحظها الأقارب . و مدى المشكلات المتضمنة فى هذه الفئة متسع ، وغالباً ما تتضمن مشكلات فى التعلم الجديد ، وفى الاحتفاظ بأنواع معينة من المعلومات الجديدة . ومن غير الواقعى بالنسبة لأغلب حالات ضعف الذاكرة توقع أى علاج لاستعادة الذاكرة لمستوى ما كانت عليه قبل المرض (Wilson, 1991 b) ويستثنى من ذلك أولئك الذين يكونون فى مرحلة النقاهة عندما تكون المشكلات فى الذاكرة قصيرة الأمد (وحتى فى هذه الحالة تكون عمليات الشفاء وليس التدريب هى المسئولة غالباً عن التحسن). ومن ناحية أخرى . هناك مناحٍ عديدة يمكن للأخصائيين الإكلينيكيين استخدامها لمحاولة تحسين مشكلات الذاكرة ، وهناك توسع فى مجال علاج الذاكرة (انظر على سبيل المثال:Wilson and Moffatt,1992)، ويتعين أن يكون هناك مبدآن موجهان فى هذا المجال:

١) لا تجعل توقعاتك شديدة الارتفاع ، فالاهداف الصغيرة يمكن تحقيقها بسهولة ، ومن الأبسط دائماً توسيع الأهداف بعد تحقيق نجاح ، بدلاً من التراجع بعد الفشل عندما نخيب أمل المرضى وأقاربهم وفريق العلاج فى العملية من أساسها .

٢) بدلاً من طرح السؤال الآتى : « كيف أستطيع تحسين ذاكرة هذا الشخص ؟ » يكون من الأفضل عادة أن تسأل : ما أفضل طريقة لاحتفاظ هذا الشخص بمعلومات جديدة: » ويتضمن السؤال الأول أن تعميماً سوف يحدث ، بمعنى أن أى طريقة سيتعلمها ستستخدم فى مواقف أخرى . وهو أمرنادر الحدوث فى مجال الممارسة . وبالتالى فمن الممكن تعليم المريض أسماء جديدة ، ومهارات جديدة ، أو طرقٍ جديدة بأسلوب معين ، غير أن المرضى غالباً مالا يستخدمون هذه الأساليب تلقائياً فيما بعد لتحسين

تعلمهم للأسماء والمهارات والطرق . وبدلاً من ذلك يكون على المعالج أو الأقارب فرض هذه الاستراتيجية على المريض كلما كانت ضرورية لتعليمه معلومات أخرى . و على الرغم من ذلك فتوفير أكثر أساليب التعلم فعالية لفرد ما يمكن أن يظل عوناً له قيمته فى خفض آثار الآفات .

والأساليب التى تعد مهمة لتحسين مشكلات الذاكرة هى الآتى :

أ) إعادة ترتيب البيئة لجعل حياة ضعاف الذاكرة أسهل . مثال ذلك أنه تم فى إحدى وحدات المسنين فى الولايات المتحدة دهان كل أبواب دورات المياه بلون مختلف عن بقية الأبواب ، وكانت النتيجة أن عدداً أكبر من المرضى « تذكروا » أين يذهبون ، وانخفض بذلك معدل عدم التحكم فى التبول (وصفت هذه الإجراءات فى Harris, 1989)، ووضع لافتات على الأبواب وخطوط ملونه بين حجرة وأخرى يمكن أن يحقق النتائج نفسها .

ب) منحى أخر هو تعليم الناس و تشجيعهم على التجاوز عن ذاكرتهم الضعيفة باستخدام معينات خارجيه مثل اليوميات والمفكرات ولوحات تسجيل الملاحظات أو التسجيلات الصوتية . ويذكر سولبرج وماتيير Sohlberg and Mateer (1989) وصفاً لبرنامج علاجى لتعليم استخدام كراسات تعويضية للذاكرة .

وكان أحد الرجال الذين أزالوا ورمًا فى الفص الصدغى الأيسر (Wilson,1981b) يحتفظ بورقة وقلم فى كل حجرة من حجرات بيته ، ويكتب فيها على الفور كل ما يريد تذكره ، وإذا كان يريد الصعود إلى الطابق الأعلى للبحث عن شئ ما ، فإنه يكتب ما الذى يريد البحث عنه قبل الصعود ، وقد تدبر كيف يلتف حول مشكلات ذاكرته بطريقة جيدة وبصورة مميزة . ويمكن أيضاً لأجهزة التوقيت أن تؤدى وظيفة مفيدة ، وكذلك المنبهات والساعات المنبهة الرقمية ، وأجهزة التوقيت المستخدمة فى المطابخ والآلات الحاسبة الصغيرة المزوده بأجهزة تنبيه (وللمزيد من الأوصاف التفصيلية انظر لذلك : Harris, 1980, and wilson and Moffat, 1992) وأحياناً ما تكون أجهزة التوقيت ذات كفاءة فى حد ذاتها لتذكير الشخص للقيام بعمل ما ، وأحياناً ما يكون من الضرورى استخدام جهاز توقيت ، بالإضافة إلى مفكرة أو يومية (Fowler et al., 1972) كما يمكن أحياناً استخدام جهاز توقيت لتشكيل سلوك من خلال الزيادة التدريجية فى الفترة التى يتعين فيها الاحتفاظ بالمعلومات (Wilson, 1987 a) وهناك منحى ثالث يتضمن تعليم عدد من من الإستراتيجيات الداخلية لتقوية الذاكره مثل التخيل البصرى والترميز التفصيلى (Crovitz, 1979) وتعلم أساليب عمل بروفات خاصة (Glasgow et al., 1977, Wilson, 1987 b) أو الجمع بين هذه الطرق (Wilson, 1987 b) . وقد عرضت دراسة حديثة آثار إستراتيجيات تدريب نوعية للمرضى ضعاف الذاكره (Berg et al., 1991) .

وهناك مجموعة أخرى من الآفات المعرفية الناتجة عن التلف فى المخ ، التى تكتسب فى مرحلة الرشد وهى الاضطرابات الإدراكية . ويتضمن هذا العنوان صعوبات فى التعرف البصرى ، والعلاقات المكانيه ، وإدراك العمق ، والمهام التكوينية ، وربما كان الأكثر شيوعاً من بينها هو الإهمال الطرفى المكانى الأحادى ، أو عدم الانتباه للناحية اليسرى . وتنتج أغلب الإضطرابات الإدراكية عن التلف فى النصف الكروى الأيمن والتى قد تسبب إعاقه فى الأداء اليومى . وعادة ما يحتاج مرضى السكتة المخية فى النصف الكروى الأيمن ، على سبيل المثال ، لفتره إعادة تأهيل أطول مقارنة بمرضى السكتة المخية فى النصف الكروى الأيسر (Denes et al., 1982) ودائماً ما كان لا يتم تعرف مثل هذه المشكلات أو فهمها بالنسبة للمرضى أو أقاربهم . وحتى المهنيين كثيراً ما كانوا يفشلون فى إدراك مقدار التمزق الذى قد

تكون عليه هذه المشكلات . مثال ذلك أن العجز فى الانتباه للجانب الأيسر يمكن أن يؤدى إلى إضعاف القدرة على القراءة ، حيث قد لا يرى المريض بداية السطر . وقد ذكر أحد مرضانا أن الصنف المحبب له أكثر من غيره فى قائمة الطعام ، هو البودنج المتأخر (Late Pudding) لأنه لم يكن يرى أبداً بداية الكلمة الأولى Choco لكى تصبح Chocolate [أى بودنج الشيكولاته وليس البودنج المتأخر] * ودائماً ما يصطدم هؤلاء المرضى بأبواب الممرات أو تعلق أيديهم فى مكابح كراسيهم المتحركة إذا لم يكن فريق الرعاية شديد الحرص . وقد لا يرون أيضاً السكاكين أو أزرار الملابس إذا ما كانت موضوعة على الجانب الأيسر منهم ، وحتى عندما تخمد الآفات الكبرى فقد تظل الآفات الأكثر دقة والأقل وضوحاً باقية (Halligan et al., 1991) والتى قد تؤدى إلى إضعاف قدرة المرضى بدرجة كبيرة على القيادة ، وإضعاف أدائهم فى المهام الأخرى المعقده التى تتطلب تقسيم الانتباه بين الناحية اليمنى والناحية اليسري. ودائماً ما يصاحب عدم الانتباه للناحية اليسرى عمه نصف مجالى (١) ، ولكنه قد يحدث مستقلاً والعمه نصف المجالى لا يفسر فى حد ذاته انعدام الانتباه ، حيث توجد احتمالات متساوية لحدوث العمه نصف المجالى بعد سكتة مخية فى نصف الكرة الأيسر . أما عدم الانتباه (فى الجانب الأيمن) فتوجد إحتمالات قليلة للغاية لحدوثه بعد السكتة المخية فى النصف الكروى الأيسر .

وتوجد حالياً موجة من الإهتمام بكل من الدلالات الظرية والأكلينيكية للإهمال (مثال ذلك: Robertson, 1989,. Halligan et al ., 1991; Zoccoloti and Judica, 1991; and Robertson تحت الطبع)

وأحد التقارير العلاجية المبكرة للغاية حول خفض الإهمال الجانبى ، تتضمن التدريب على المسح البصرى ، الذى قام به ديلر وزملاؤه (Diller and Weinberg, 1977, Weinberg et al ., 1979, Diller, 1980) والعلاج الأكثر حداثة هو علاج جوانت وبروشون (Joanette and Brouchon (1984) والذى يتضمن تنشيط الطرف المقابل . ويصف روبرتسون وزملاؤه (Robertson et al. (1992 ثلاث دراسات حالة ، حاولوا فيها استعادة نتائج جوانت وبروشون وتحديد إذا ما كان التحسن راجعاً إلى مؤشرات إدراكية أو إلى التنشيط المتعلق بالتلف نصف الكروى (٢) الخاص بالمريض المعين . وقد وجد روبرتسون وزملاؤه تحسناً لدى المرضى . وقد ذكروا أن الآثار تعتمد بدرجه أكبر على تنشيط الطرف المقابل للطرف التالف، وليس على التفسير الإدراكى .

ويوجد لدى الكثيرين من مرضى التلف المخى فى الجانب الأيسر مشكلات فى تعرف الصور المأخوذة من زوايا معينة (Warrington and Taylor, 1973) فعند رؤيتهم لصورة دلو ، كما يشاهد من أعلى ، قد يعتقدون على سبيل المثال ، أنه بيضة حمامة أو فانوس مصباح ، وعادة لا توجد لديهم مشكلات علي الرغم من ذلك فى تحديد الدلو من جانبه ، وبالتالى لا يمكن تفسير الصعوبة بضعف فى حدة الإبصار أو بعسر الكلام (٣) . وأحياناً ما يقدم المريض الامثلة لمثل هذه الحالات فى الحياة الواقعية وتذكر امرأة لديها سكتة مخية فى نصف الكره الأيمن أنها ترى سترة صوفية سوداء ملقاة على سريرها فى المستشفى ، وقد اعتقدت أنها قطة وتحدثت إليها ، وعندما رأت السترة السوداء من زاوية أخرى أدركت أنها ليست قطة ، وتخطت الحرج الذى شعرت به لأنها اعتقدت أن الناس الاخرين فى الجناح قد

ما بين الاقواس المربعه اضافه من المترجم (*)

(1) Hemianopia .
(2) Ipsilesional .
(3) Dysphasia .

يعتقدون أنها مجنونة لأنها تتحدث إلى ستره . وأحيانا ما يصبح الأشخاص الذين يعانون من هذه الصعوبة الإدراكيه شكاكين ويعتقدون أن الناس يتعمدون خداعهم وممارسة الألاعيب عليهم وقد ذكرت امرأة كانت تقوم بنقل منمنمات ملونة أنها في كل مرة تنظر خلفها لمراجعة التصميم الأصلي تعتقد أن شخصاً ما يمارس ألعوبة عليها وأنه يغير في النموذج .

وقد يتضمن علاج مثل هذه الحالات الآتي :

(أ) التفسير.

(ب) تدريبات على رؤية الأشياء من زوايا مختلفة في محاولة لإعادة التعلم .

(جـ) عائد للتقدم أو لزيادة معدلات النجاح .

(د) استخدام استراتيجيات تعويضية مثل مراجعة الأشياء من زوايا مختلفة ، والتأكد من اقتراب المريض بدرجة كافية من الأشياء قبل تحديدها ، والعناية بأن تكون الإضاءه جيدة ، وتشجيع الوصف اللفظي كلما كان ذلك ممكنا .

وليست مشكله التعرف هذه من زوايا معينة هي نفسها الموجودة في العمه البصري (١) الذي يعد اضطرابا حادا في التعرف على الأشياء . وبالرغم من ذلك فهناك بعض الخصائص المشتركة بينهما من حيث أن كليهما لايمكن تفسيره بمفاهيم الآفات الحسية أو اللغوية ، والعمه البصري للأشياء نادر للغاية ، غير أن ثلاثة مرضى عالجتهم المؤلفة الحالية كان لديهم احتمال لبعض التحسن في تعرف الأشياء والصور (انظر Wilson, 1990).

المجموعة الأخيرة من المشكلات المعرفية التي يتعين مناقشتها هي تلك المرتبطة باضطرابات اللغة، فأغلب مرضى الحبسة أو عسر الكلام يتلقون علاجاً من أخصائي عيوب الكلام ، غير أن هناك على الأقل ثلاث طرق ، يمكن أن يسهم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي . **أولاً** : بالعمل مع أخصائي عيوب الكلام لابتكار وتطبيق البرامج العلاجية . فأحد المرضى على سبيل المثال وكان رجلاً في شبابه أزيل له في وقت سابق ورم صدغي أمامي أيسر ، نتج عنه عسر كلام حاد . وقام أخصائي عيوب الكلام الذي يعالجه بسؤال الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يشاركه في برنامج لفهم اللغة وقد ابتكر هذا الأخير منحى مماثلا لبرامج الفهم للأطفال المعاقين عقليا (انظر Howlin, 1980) واستخدم إجراء الحث والإضعاف (٢) لتعليم التمييز بين بندين متماثلين مع إضافة بنود أخرى بمجرد التمكن من البنود التي تم تعلمها أولا .

مثال آخر أكثر حداثة لأخصائي نفسي وأخصائي علاج عيوب كلام، عملا معًا لخفض آفات صعوبة العثور على الكلمات لدى مرضى عسر كلام قام به ديفيز وبرنج Davis and Pring (1991) فقد قاما بمقارنة منحيين علاجيين أحدهما ظاهراتي والآخر يختص بدلالة الألفاظ ، ووجدا أن الاثنين مفيدان، ووجدا بالإضافة إلى ذلك أن التعميم في مجال البنود غير المستهدفة يحدث ، وأن الآثار العلاجية تستمر حتى سته أشهر تالية للعلاج . **ثانيا** : قد يقدم الأخصائي النفسي علاجًا للغة (٣) بعد أن يقرر أخصائي عيوب الكلام عدم الاستمرار . وقد يحدث هذا التوقف عن الاستمرار لدى أخصائي عيوب الكلام نتيجة

---

(1) Visual object agnosia .
(2) Prompting and fading .
(3) Language therapy .

لنقص الوقت أو لأن المريض لم يعد يظهر استفادة من علاج الكلام أو للسببين معا . ويتعلق التدخل النفسى فى مثل هذه الحالات أوليا بنظم التواصل البديلة وليس بالعمل على استعادة أداء اللغة الطبيعية . ويمكن بالطبع أن يشارك الكثيرون من أخصائى علاج عيوب الكلام فى برامج التواصل البديلة ، غير أن تدخلهم دائما ما يكون لفترة محدودة . وقد يكون الأخصائيون النفسيون فى وضع يسمح لهم بالاستمرار فى علاج عدد قليل من المرضى لفترات أطول . وقد عرض أحد مرضى الحبسة الكلية [1] على سبيل المثال لأول مرة على الأخصائى النفسى الذى يعالجه بعد خمس سنوات من تعرضه لسكتة مخية ، وبعد فترة طويلة من توقفه عن علاج عيوب الكلام . وقد عُلم كيف يستخدم رموزا اقتبست من أعمال جاردنر وزملائه Gardner et al . (1976) وقد استغرق ذلك ثلاث جلسات تمتد كل منها ٤٥ دقيقه فى الاسبوع ، وذلك لمدة تسعة أشهر، قبل أن يتمكن الرجل من استخدام الرموز للتواصل التعبيرى . وقد ساعدت الرموز على زيادة فهمه عما كان عليه فى مرحلة مبكرة للغاية .

ثالثا : قد يعمل الأخصائى النفسى إلى جانب أخصائى علاج عيوب الكلام على جوانب من اضطراب التواصل لم يسبق التركيز عليها تفصيلا خلال جلسات علاج عيوب الكلام . وعجز القراءة المكتسب [2] يمكن أن يكــون إحد ى هذه الحالات . وبعض أنواع عجــز القراءة كالعجز العميق عن القراءة [3] والعجز السطحى [4] توجد على سبيل المثال مصاحبة للاضطرابات التعبيرية والاستقبالية . ويستطيع الأخصائى النفسى القيام بمحاولة متقنة لتحسين جوانب معينة لهذه الاضطرابات فى القراءة . وبعض اضطرابات القراءة الاخرى المكتسبة مثل القراة حرفًا بحرف والعمه [5] دائما ما تكون مصحوبة باضطرابات إدراكية مثل العمه البصرى للأشياء أو زملة بالينت [6] (انظر لوصف أكثر تفصيلا Rubens, 1979) ويحتمل أن تكون مشاركة أخصائى عيوب الكلام أقل فى اضطرابات القراءة ذات الأساس الإدراكى (فى المملكة المتحدة على الأقل) . وهنا قد يكون الأخصائيون النفسيون وحدهم هم المهتمين بعلاجها . وقد عرضت نتائج لبعض النجاحات لهذه الحالات (Wilson and Baddely, 1986, and Wilson, 1987b)

المشكلات السلوكية

يمكن بأحد المعانى اعتبار كل المشكلات التى سبق وصفها مشكلات سلوكية إلى حد بعيد ، وذلك إذا ما عرفنا السلوك على أنه يعنى أى شئ يقوله الشخص أو يفعله مما يمكن ملاحظته أو الاستدلال عليه. وعلى الرغم من ذلك فعاده ما تشير المشكلات السلوكية لتلك الظواهر التى تؤدى إلى تمزق او إيذاءالنمط الشخصى لحياة الفرد أو علاجه . وكثيرا ما تحدث هذه الظواهر بعد إصابات الدما غ. ويمكن لهذه السلوكيات المزقة أن تأخذ صورة الصراخ أو ثورات الغضب ، والعدوان ورفض النهوض أو الذهاب لعلاج معين ، أو التحدث طوال الوقت . وكل هذه أمثلة للسلوك المفرط . غير أن الآفات السلوكية تلاحظ أحيانا ، ويمكن أن تكون مؤذية بنفس القدر للنظام العلاجى أو للحياه الاستقلالية . وقد تأخذ هذه الآفات صورة الانسحاب ، أو اللامبالاة أو الخوف الشديد والصمت . وأفضل المناحى ، بصفة عامة ، هى الخطوات المتتابعة التى يتعين أن يلتزم بها المرء عند تصميمه لبرنامج تقييم وعلاج سلوكى : أى تحديد

(1) Global aphasia .
(2) Acquired dyslexia .
(3) Deep dyslexia .
(4) Surface dyslexia .
(5) Agnosia alexia .
(6) Balint's Syndrome .

السلوك المستهدف ، اختيار الأهداف العلاجية ، الحصول على خطوط أساس (١) اختيار الطريقة العلاجية، بدء العلاج ، ملاحظة التقدم ، تعديل العلاج إذا كان ذلك ضروريا ثم تقييم البرنامج العلاجى (Powell, 1981) . ومن الجوهرى بالطبع أن يوضع فى الاعتبار طبيعة الضعف العصبى ، والنفسى العصبى . وبالتالى إذا كان لدى شخص ما مشكلات سلوكية ويعانى من آفات حادة فى الذاكرة فلا محل لتوقع تذكره إن مكافأه عدم الصراخ لمدة يومين هى رحلة إلى المدينة فى الأسبوع التالى . وقد يتطلب الأمر كتابة البرنامج للمريض . وقد تكون الإيضاحات البيانية للعائد ضرورية . كما قد يكون من المرغوب فيه أن يقوم المعالج بتذكير المريض يوماً بيومٍ أو ساعة بساعة . ويحتمل أن تكون أى من الأساليب المستخدمة فى العلاج السلوكى وتعديل السلوك (٢) مفيدة للمرضى المصابين بتلف فى المخ ومرضى الضعف العصبى الآخرين ، بشرط أن يكون وضعهم العصبى والنفسى موضوعاً فى الاعتبار .

وقد توضح بعض الأمثلة مجال مثل هذه المناحى السلوكية . المثال الأول لامرأة فى الثامنة والخمسين من العمر مصابة بسكتة مخية أحيلت بشكوى من خوفها من استخدام حمام العلاج المائى (٣) . وكانت هذه المرأة ترتعب من الماء . وقد وضع لها على الفور برنامج للتسكين (٤) استخدم بنجاح كبير ، غير أنه كان هناك حرص خلال مرحلة التدريبات الأولية على الاسترخاء ؛ إذ نتيجة لشللها النصفى لم تكن كثافة التمرينات والتحرر منها التى عادة ما يستخدمها الأخصائى النفسى ملائمة لها إذا تؤدى إلى زيادة ليونة ذراعها وساقها المشلولين . وبعد مناقشة مع أخصائى العلاج الطبيعى الذى يتولاها ، استخدم اسلوب بديل للاسترخاء ، حيث تقوم المريضة بإرخاء جانبها السليم وتتخيل إرخاء جانبها المشلول ، وقد بدأ البرنامج بتسكين تخيلى (٥) ، ولكنه عدل بسرعه إلى تسكين حى (٦) نتيجة لعدم القدرة على الإحساس بأى قلق فى المواقف التخيلية .

المثال الثانى لفتاة فى الثانية والعشرين من عمرها، لديها إصابة فى الدماغ ، وكانت تعانى من خوف من العلاج الطبيعى . وكان من الواضح أن هذا الخوف حدث بعد إصابة دماغها، وكانت هذه الفتاة معاقة بدنيا للغاية . وكان استخدام التمرينات أمراً صعباً بالنسبة لها . وقبل حضورها إلى مركز إعادة التأهيل تلقت بعض العلاجات المختلطة . ويبدو أن كل هذه العوامل أسهمت فى خوفها من العلاج الطبيعى. وقد احتسب خط الأساس فى حالتها هذه باعتباره مقدار الوقت المنفق فى كل تمرين من خمس تمرينات حددت لها . وكان أحد التمرينات يختص بتوازن الرأس ، وقد استمتعت فى الحقيقة بممارسته – ولاشك فى أن ذلك يرجع إلى كونه شديد السهولة بالنسبة لها . وبالنسبة لبقية التمارين كان ثلاثه منهم غير محببين لها على وجه الخصوص، وقد أنفقت أقل من دقيقتين فى كل منهم ،قبل أن تبدأ فى الشكوى . وقد استخدم خط أساس متعدد، حيث كان واحد من الثلاثة غير المحبين لها يعالج كل أسبوع . وفى الأسبوع الأول بعد تحديد خط الاساس كانت المريضة :

(أ) يطلب منها محاولة زيادة كمية الوقت المنفق فى التمرين .

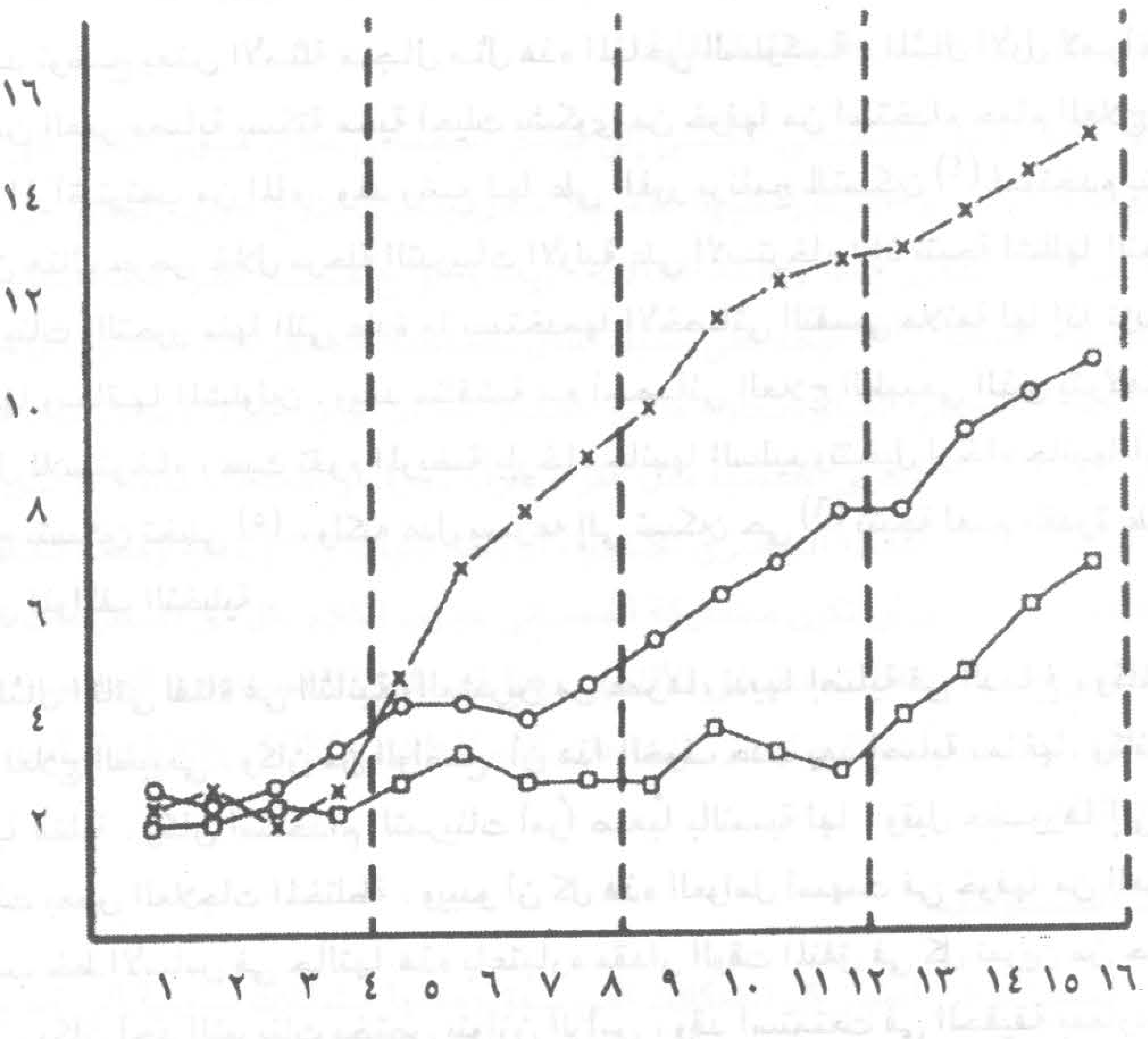
(ب) تحصل على عائد لفظى عن أدائها .

---

(1) Base Lines .
(2) Behaviour modification .
(3) Hydrotherapy Pool .
(4) Desensitisation .
(5) Imaginal desensitisation .
(6) Invivo .

(جـ) قدم لها عائد بصرى فى شكل رسوم بيانية .

(د) يسمح لها أن تقضى عدة دقائق فى ممارسة تمرينات توازن الرأس ،إذا حققت الهدف المطلوب منها (مبدأ بريماك) (١) . وبالنسبة لبقية التمرينات غير المحببة ظلت قراءات خط الأساس تؤخذ دون اعطاء أى تشجيع . ويضاف فى الأسبوع التالى تدريب آخر من التدريبات غير المحببة إلى العلاج ، وفى الاسبوع الثالث يضاف التدريب الأخير . (انظر شكل ١ - ٣٥)، وبالتالى يمكن ملاحظة أن التحسن يظهر فقط بعد بداية العلاج ،وحيث لا يمكن تفسيره باعتباره حدث نتيجة للشفاء التلقائى، أو التحسن على مدى الزمن .



شكل (١ : ٣٥) إجراء لخطوط الأساس المتعددة .
لتمرينات العلاج الطبيعى

المثال الأخير فى هذا الجزء لشاب تلقى إصابة فى الدماغ قبل حوالى اثنى عشر شهراً قبل البرنامج ، وكان يصرخ بشكل مستمر على أى شخص يراه أثناء علاجه الطبيعى ، أو أثناء جلسات العلاج بالعمل التى يتلقاها؛ مما يؤدى إلى قطع علاجه الخاص وعلاج بقية المرضى ، وقام كل من أخصائى العلاج الطبيعى و العلاج بالعمل اللذان يعملان معه ، وكذلك الأخصائى النفسى بوضع خطوط الأساس لعدد مرات صراخه أثناء الجلسات . تلى ذلك إخطاره كل يوم بهذا العدد . وعقد معه اتفاق ، وهو أنه إذا تحكم فى نفسه بحيث لا يصرخ لمدة يومين متتالين ، فيمكنه الذهاب مع الأخصائيين الثلاثة إلى المطعم لتناول الغذاء . وقد أثبت التدعيم أنه قوى ، ومع بعض البدايات الزائفة بدأت مرات صراخه تنخفض بقدر

(1) Premack Principle .

مُرضَى . وأصبحت هناك صعوبة أكبر فى إمكانية تناوله الغذاء فى المطعم ، بمعنى أنه كان عليه أن يزيد عدد الايام التى لا يصرخ فيها ، ولكن بعد عدة أسابيع كانت المشكلة قد انتهت . وكان لدى هذا الشاب على وجه الخصوص ذاكرة لفظية قوية ، لذا لم يكن من الصعب عليه أن يتذكر التعاقد الذى تم معه . وكانت لديه مشكلات حركية أساسية ، و علي الرغم من ذلك، فإن ذهابه إلى المطعم كان علاجاً غير مباشر لتشجيعه على التدبر، دون كرسى متحرك (كان يستخدم كرسيه المتحرك حتى باب المطعم ولكنه يصر على السير داخل المطعم بمساعدة عكازين) . وتوجد فى Wood (1987) مناقشة إضافية لهذا الموضوع ، ويوجد فى الدرمان ووارد Alderman and ward (1991) وصف لدراسة حالة تخيلية.

المشكلات الانفعالية

المشكلات الانفعالية شائعة بعد إصابات الدماغ ، وهى تعتمد جزئيا على موقع الإصابة المخية . فقد تؤدى سكتة جذع المخ (1) على سبيل المثال إلى تغيرات حادة وسريعة فى السلوك الانفعالى . وحيث يتراوح سلوك الشخص خلال دقائق معدودة بين زرف الدموع والضحك . ويمكن أن تنشأ بالطبع مشكلات انفعالية أخرى مثل الهلع والخوف والحزن عن أسباب غير عضوية مثل الفشل فى فهم التغيرات المعرفية أو عدم التأكد حول الأمور المستقبلية ، أو تغير الدور أو فقد الوظائف الحركية .

والاكتئاب والضغوط والقلق والغضب من الانفعالات، التى تلاحظ عادة لدى أشخاص غير مصابين فى المخ . ولكنها تتفاعل بطريقة غير سوية، عندما تأتى بعد إصابات المخ نتيجة لتأثير الضعف المعرفى . وكما رأينا فيما سبق فى الأمثلة حول الخوف ، عدم سهولة التمييز فى كل الأحوال بين المشكلات الانفعالية والمعرفية والسلوكية نتيجة لما يحدث من تفاعل بينهما ؛ فالمرأة التى كانت خائفة من العلاج الطبيعى على سبيل المثال شعرت بانفعال الخوف نتيجة للصعوبات المعرفية ، والتى أدت إلى ظهور مشكلات سلوكية فى جلسات علاجها .

وإحدى الاستراتيجيات المثيرة للشغف التى استخدمت مع مرضى الإصابات المخية من أصحاب المزاجية، التى تنشأ عن ضعف التحكم فى النفس، وصفها ماكينيلى وهيكوكس Mckinlay and Hick-ox (1988)، ويشـــار إلى هذه الاستراتيجية بكـلـمة مشتقة من الحروف الأولى لعناصرها، وهى كلمه ANGER ، والتى ترمز للآتى :

A (Anticipate) = استباق المواقف المنبهة .

N (Notice) = ملاحظة المؤشرات الخاصة بزيادة الغضب .

G (Go) = افحص نظامك المزاجى.

E (Extricate) = خلص نفسك من الموقف إذا لم تنجح أية طريقة أخرى .

R (Record) = سجل كيف تغلبت على المواقف : دروس للمستقبل

المشكلات الناجمة عن التلف فى الفص الجبهى (زملة عسر التنفيذ) (2) .

لأن أكثر من ثلث إصابات المخ البشرية تتضمن الفصوص الجبهية ، فهناك تنوع مثير للحيرة فى آفات الفص الجبهى حيث يتسبب الكثير منها فى مشكلات تتعلق بالتدبر، أو العلاج على وجه الخصوص

(1) Brain Stem Stroke .

(2) Dysexecutive Syndrome .

(انظر الفصل الرابع والثلاثين) . ونتيجة لأنه من غير الملائم تحديد زملة ما بتعبيرات موضعها ، وهو الأمر الذى يحتمل أن يكون مضللا أيضا . فقد اقترح بادلى وويلسون Baddeley and wilson (1988) تعبير عسر التنفيذ(١) لوصف الآفات الوظيفية التى تلاحظ لدى هؤلاء المرضى . فإحدى أكبر الإعاقات لدى مرضى تلف الفص الجبهى هى عجزهم عن تنظيم سلوكهم والتخطيط له . ويؤدى ذلك إلى أن يصبح من غير الممكن بالنسبة لهم التحكم فى صعوباتهم وإيجاد حلول لها . ودائمًا ما يكون أولئك الذين يكافحون بصورة مستمرة لعلاج آفاتهم من أصحاب التلف الخلفى . وقد تكون الآفات البدنية والمعرفيه الحقيقيه لدى هذه المجموعة الأخيرة أكثر خطورة فى الحقيقة من تلك التى توجد لدى مرضى الفص الجبهى ،الذين قد يكونون أصحاء بدنيا تماما مع قليل من الاضطرابات اللغوية والإداكية أو اضطرابات الذاكرة . ولسوء الحظ فإنهم يفتقدون الاستبصار والعزيمة والدافعية لمساعدة أنفسهم . ويمكن مساعدة مثل هؤلاء المرضى إلى حد ما بتقديم صيغ أو نظم لهم . ويبين لوريا وتسفيتكوفا Luria and Tsvetkova (1964) كيف يمكن مساعدة مرضى إصابات الفصوص الأمامية على مهام معينة ، إذا ما قدم لهم المختبر والمجرب بنية أو صيغة كلية . من ذلك أن وضع شفافيات مخططة بخطوط متشابكه ٣ × ٣ ، فوق بطاقة التنبه فى اختبار تصميم المكعبات ،يمكن أن يساعد مرضى الفصوص الأمامية على إكمال ٩ تصميمات بالمكعبات بنجاح ، وأحيانًا ما يكون من الممكن تقديم مثل هذه الصيغ لمرضى عسر التنفيذ فى المواقف اليوميه . فعلى سبيل المثال أصبح أحد الرجال الذين عانوا من اكتئاب العظمة الجبهية سلبياً تماماً ، و يفتقد المبادرة . وكان يرقد فى فراشه طوال الصباح حتى يطلب منه النهوض ، وما إن ينهض و يجلس فى فراشه حتى يطلب منه الذهاب إلى دورة المياه ، ويظل فيها حتى يطلب منه أن يغتسل ويحلق ذقنه وهكذا . وأعطيت بطاقة لهذا الرجل تتضمن الأنشطة الصباحية على الوجه الآتى :

(١) انهض من السرير . (٢) اذهب إلى الحمام . (٣) اغتسل .

(٤) احلق . (٥) ارتد ملابسك . (٦) اذهب لتناول الإفطار.

وأعطته الممرضة البطاقة منذ الصباح وطلبت منه أن ينفذ التعليمات المدونة فيها ، وقد فعل ذلك ، حتى تصرف بانتظام وخبت الخطوات تدريجيًا ، وقد أهملت الخطوة الأولى بعد أسبوع، وخمدت الثانية بعد عدة أيام وهكذا . واستمر الرجل فى عمل كل الخطوات المطلوبة ببعض التنبهات اللفظية غير المنتظمة . ويمكن لأجهزة التوقيت أن تساعد فى بعض الحالات ، وكذلك أجهزة توقيت المطابخ والآلات الحاسبة ذات المنبهات ، والتى تعمل بمثابة المؤشرات لمرضى الفصوص الجبهية الأمامية لبدء الخطوة التالية أو النشاط التالى .

وقد استخدم نظام بسيط للمكافآت فى مناسبتين على الأقل مع اثنين من مرضانا ،ذوى الإصابات الجبهية اللذين كانا لايبادران بالحديث . وكان كل منهما قد تلقى إصابة مخية خطيرة ، ولم يكونا عسيرى الكلام (٢) كما كانا يستطيعان الإجابه عن الأسئلة المباشره . وعلى الرغم من ذلك، نادراً ما كانا يتكلمان عندما لا يوجه إليهما سؤال . وقد أعطيا فى البداية عملات رمزية وثناءً لأى حديث يصدر منهما ، تلى ذلك منحهما مكافآت عن الحديث غير الناتج عن الحث وحده . وكان أحد هذه البرامج ناجحًا للغاية، حتى أن أحد المرضى أصبح مسهبًا فى الحديث ، وكان البرنامج الثانى ضروريًا لخفض الإفراط فى الكلام .

(1) Dysexecutive (Des) .
(2) Dysphasic .

وقد تم حديثا نشر برنامجين علاجيين مختلفين تماماً ، وناجحين لمرضى عسر التنفيذ أحدهما كان دراسة جمعية (Vancamon et al. , 1991) حيث كان يتم إعطاء المرضى من ذوى آفات حل المشكلات تدريبا معينا على حل المشكلات ، وقد أظهر هؤلاء المرضى تحسناً جوهرياً كبيراً للغاية على عدد من اختبارات الفص الجبهى أو الاختبارات التنفيذية (١) مقارنة بمجموعة ضابطة تلقت تدريبًا على التذكر . وكانت الدراسة الثانية على حالة فردية حيث أظهر مريض عسر التنفيذ مشكلات سلوكية خطرة . وتضـــمن العلاج أسلوبين سلوكيين الأول هو كلفة الاستجابة (٢) والثانى هـــو « الإفراط فى التعلم المعرفى » (٣) وقد تلى العلاج الناجح حدوث تعميم ملاحظ فى المواقف السلوكية فى جناح المستشفى .

ويحتمل أن تكون المشكلات الأخرى مثل القصور الذاتى (٤) طيعة للمناحى السلوكية ، فقد يساعد العائد على عدد مرات تكرار جملة أو حركة أو نشاط معين على سبيل المثال على خفض تكراره . كما أن إشارة صوتية، مثل رنين جرس أو كلمة قد تكون من أكثر الطرق ملاءمة للحصول على مثل هذا العائد . والفحوص الخاصه بأساليب العلاج الممكنة لهذه المشكلات مطلوبة بصورة عاجلة ، ونحن فى حاجة لأن نعرف أيضا إلى أى مدى يمكن أن يعمم تأثير تدريب مرضى عسر التنفيذ على مهام ،عادة ما يجدون أنها صعبة (كالطلاقة ، والمسح البصرى والتصنيف الفئوى على سبيل المثال) وبحيث يمكن أن يمتد التعميم إلى المشكلات التى يواجهونها فى الحياة اليومية . ويصف شاليك Shallice (1982) متاهة برج لندن التى تتطلب خطة مباشرة ، والتى قد يكون مرضى الفصوص الجبهية غير قادرين على حلها ،. فهل يساعد التدريب على هذا النشاط على التخطيط بصفه عامه ؟وما أفضل الوسائل لتعليم مثل هذه المهارات؟ هل السلاسل السلوكية أو الحث او النمذجة أكثر فعـــاليه ؟ هذا المجال موات لعلماء النفس الإكلينيكى للبحث فيه .

---

(1) Executive tests .
(2) Response Coast .
(3) Cognitive overlearning .
(4) Perseveration .

References

Alderman, N. and Ward, A. (1991) 'Behavioural treatment of the dysexecutive syndrome: reduction of repetitive speech using response cost and cognitive overlearning', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 65–80.

Baddeley, A. D. and Wilson, B. A. (1988) 'Frontal amnesia and the dysexecutive syndrome', *Brain and Cognition* 7: 212–30.

Berg, I., Koning-Haanstra, M. and Deelman, B. (1991) 'Long-term effects of meaning rehabilitation: a controlled study', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 97–111.

Brooks, D. N. (1984) *Closed Head Injury*, Oxford: Oxford University Press.

Carr, S. and Wilson, B. (1983) 'Promotion of pressure relief exercising in a spinal injury patient: a multiple baseline across settings design', *Behavioural Psychotherapy* 11: 329–36.

Cramon, D. Y. von, Mathes-von Cramon, G. and Mai, N. (1991) 'Problem-solving deficits in brain-injured patients: a therapy approach', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 45–64.

Crovitz, H. (1979) 'Memory retraining in brain damaged patients: the airplane list', *Cortex* 15: 131–4.

Davis, A. and Pring, T. (1991) 'Therapy for word-finding deficits: more on the effects of semantic and phonological approaches to treatment with dysphasic patients', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 135–45.

Denes, G., Semenza, C., Stoppa, E. and Lis, A. (1982) 'Unilateral spatial neglect and recovery from hemiplegia', *Brain* 105: 543–52.

Diller, L. (1976) 'A model for cognitive retraining in rehabilitation', *Clinical Psychologist* 19: 13–15.

Diller, L. (1980) 'The development of a perceptual-remediation program in hemiplegia', in L. Ince (ed.) *Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications*, Baltimore: Williams and Wilkins.

Diller, L. and Weinberg, J. (1977) 'Hemi-inattention in rehabilitation: the evolution of a rational remediation program', in E. A. Weinstein and R. P. Friedland (eds) *Advances in Neurology, Vol. 18*, New York: Raven Press.

Fowler, R., Hart, J. and Sheehan, M. (1972) 'A prosthetic memory: an application of the prosthetic environment concept', *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 15: 80–5.

Gardner, H., Zurif, E. B., Berry, T. and Baker, E. (1976) 'Visual communication in aphasia', *Neuropsychologia* 14: 275–92.

Glasgow, R., Zeiss, R., Barrera, M. and Lewinsohn, P. (1977) 'Case studies on remediating memory deficits in brain damaged individuals', *Journal of Clinical Psychology* 33: 1049–54.

Halligan, P. W., Cockburn, J. and Wilson, B. A. (1991) 'The behavioural assessment of unilateral neglect', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 5–32.

Harris, J. E. (1980) 'We have ways of helping you remember', *Concord, The Journal of the British Association for Service to the Elderly* 17: 21–7.

Howlin, P. (1980) 'Language training', in W. Yule and J. Carr (eds) *Behaviour Modification for the Mentally Handicapped*, London: Croom Helm.

Imes, C. (1984) 'Interventions with stroke patients: EMG biofeedback, group activities, cognitive retraining', *Cognitive Rehabilitation* 2: 4–17.

Joanette, Y. and Brouchon, M. (1984) 'Visual allesthesia in manual pointing: some evidence for a sensori-motor cerebral organization', *Brain and Cognition* 3: 152–65.

Jones, M. (1974) 'Imagery as a mnemonic aid after left temporal lobectomy: contrast between material specific and generalized memory disorders', *Neuropsychologia* 12: 21–30.

Kerkoff, G., Munbinger, U., Eberte-Straus, A. and Stogerer, E. (1992) 'Rehabilitation of hemianopic alexia in patients with postgeniculate visual field disorders', *Neuropsychological Rehabilitation* 2: 21–42.

Kolb, B. and Wishaw, I. Q. (1980) *Fundamentals of Human Neuropsychology, 3rd edn*, San Francisco: W. H. Freeman.

Lishman, W. A. (1978) *Organic Psychiatry*, Oxford: Blackwell Scientific Publications.
Luria, A. R. and Tsvetkova, L. D. (1964) 'The programming of constructive ability in local brain injuries', *Neuropsychologia* 2: 95–108.
McKinlay, W. W. and Hickox, A. (1988) 'How can families help in the rehabilitation of the head injured?' *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 3: 64–72.
Nicols, P. J. R. (1979) *Rehabilitation Medicine: The Management of Physical Disabilities*, London: Butterworths.
Oldfield, R. C. and Wingfield, A. (1965) 'Response latencies in naming objects', *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 17: 273–81.
Powell, G. E. (1981) *Brain Function Therapy*, Aldershot: Gower.
Powell, G. E. (1983) 'Psychological assessment and treatment strategies in the rehabilitation of brain damaged patients', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology, Vol. 3*, Oxford: Pergamon Press.
Psatta, D. M. (1983) 'EEG and clinical survey during biofeedback treatment of epileptics', *Neurologie et Psychiatrie* 21: 63–75.
Robertson, I. (1989) 'Anomalies in the lateralisation omissions in unilateral left neglect: implications for an attentional theory of neglect', *Neuropsychologia* 27: 157–65.
Robertson, I. (forthcoming) 'The rehabilitation of attentional and hemi-inattentional disorders', in G. Humphreys and J. Riddoch (eds) *Cognitive Neuropsychology and Cognitive Rehabilitation*, Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
Robertson, I. and Cashman, E. (1991) 'Auditory feedback for walking. Difficulties in a case of unilateral neglect: a pilot study', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 175–83.
Robertson, I., North, N. and Geggie, C. (1992) 'Spatio-motor cueing in unilateral left neglect: three case studies of its therapeutic effects', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatrry* 55: 799–805.

Rubens, A. B. (1979) 'Agnosia', in K. M. Heilman and E. Valenstein (eds) *Clinical Neuropsychology*, New York: Oxford University Press.
Series, C. and Lincoln, N. (1978) 'Behaviour Modification in physical rehabilitation', *Occupational Therapy*, July: 222–4.
Shallice, T. (1982) 'Specific impairments of planning', *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* B298, 199–209.
Sohlberg, M. M. and Mateer, C. (1989) 'Training use of compensatory memory books: a three-stage behavioural approach', *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 11: 871–91.
Sturm, W. and Willmes, K. (1991) 'Efficacy of a reaction training on various attentional and cognitive functions in stroke patients', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 259–80.
Thompson, S. B. (1987) 'A micro-computer-feedback system for improving control of completely innervated leg muscle in adult cerebrovascular accident patients', *British Journal of Occupational Therapy* 50: 161–6.
Warrington, E. K. and Taylor, A. (1973) 'The contribution of the right parietal lobe to object recognition', *Cortex* 9: 152–64.
Weinberg, J., Diller, L., Gordon, W., Gerstman, L., Lieberman, A., Lakin, P., Hodges, G. and Ezrachi, O. (1979) 'Training sensory awareness and spatial organization in people with right brain damage', *Archives of Physical and Medical Rehabilitation* 60: 491–6.
Wilson, B. A. (1981a) 'A survey of behavioural treatments carried out at a rehabilitation centre for stroke and head injuries', in G. Powell (ed.) *Brain Function Therapy*, Aldershot: Gower.
Wilson, B. A. (1981b) 'Teaching a man to remember names after removal of a left temporal lobe tumour', *Behavioural Psychotherapy* 9: 338–44.
Wilson, B. A. (1982) 'Success and failure in memory training following a cerebral vascular accident', *Cortex* 18: 581–94.
Wilson, B. A. (1987a) 'Single case experimental designs in neuropsychological rehabilitation', *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 9: 527–44.
Wilson, B. A. (1987b) *Rehabilitation of Memory*, New York: Guilford Press.

Wilson, B. A. (1989) 'Management of problems resulting from damage to the Central Nervous System', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: Oxford University Press (51–81).

Wilson, B. A. (1990) 'Cognitive rehabilitation for brain-injured adults', in B. G. Deelman, R. J. Saan and A. H. Van Zomeren (eds) *Traumatic Brain Injuring: Clinical, Social and Rehabilitational Aspects*, Lisse, Netherlands: Swets and Zeitlinger (121–43).

Wilson, B. A. (1991a) 'Behaviour therapy in the treatment of neurologically impaired adults', in P. R. Martin (ed.) *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science: An Integrative Approach*, New York: Pergamon (227–52).

Wilson, B. A. (1991b) 'Long term prognosis of patients with severe memory disorders', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 117–34.

Wilson, B. A. and Baddeley, A. D. (1986) 'Single case methodology and the remediation of acquired dyslexia', in G. Pavlides and D. Fisher (eds) *Dyslexia: Neuropsychology and Treatment*, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Wilson, B. A. and Moffat, N. (1992) *Clinical Management of Memory Problems, 2nd edn*, London: Chapman and Hall.

Wilson, B. A., White, S. and McGill, P. (1983) 'Remediation of acquired alexia following a gunshot wound', paper presented at the Second World Congress on Dyslexia, Greece.

Wood, R. L. (1987) *Brain Injury Rehabilitation: A Neurobehavioural Approach*, London: Croom Helm.

Zoccolotti, P. and Judica, A. (1991) 'Functional evaluation of hemineglect by means of a semi-structured scale: personal extrapersonal differentiation', *Neuropsychological Rehabilitation* 1: 33–44.

الفصل السادس والثلاثون

الدليل النفسي فى المحكمة
Psychological evidence in Court

جيزلي هـ . جدجونسون
Gisli H . Gudjonsson

الفصل السادس والثلاثون
الدليل النفسى فى المحكمة

جيزلى هـــ . جد جونسون
Gisli H. Gudjonsson

مقــدمة

اشتقت كلمة شرعى Forensic من الكلمة اللاتينية Forenis، والتى تشير على وجه التحديد إلى المحكمة الرومانية . وبالتالى فإن استخدام تعبير شرعى هو الأكثر ملاءمة فى اقتصاره على الدليل المقدم للمحكمه . واتساقاً مع هذا الاستخدام الصحيح للمصطلح ، يعرف هاورد Haward علم النفس الشرعى بأنه الفرع التطبيقى من علم النفس ، الذى يُعنى بجمع واختبار وعرض الأدلة للأغراض القضائية (Ha-ward , 1981 : 21) .

ويستخدم بعض الكتاب الامريكيين مصطلح علم النفس الشرعى بصورة أشمل (مثال ذلك : Weiner and Hess , 1987) الذى ينظر إلى هذا التخصص ، باعتباره أى ممارسة مهنية ومحاولات بحثية تتداخل فيها الاهتمامات النفسيه والقانونية . ويعد علم نفس الإجرام (١) أكثر ملاءمة للاستخدام فى هذا السياق .

ويتناول الفصل الحالى بوجه خاص الدلائل النفسية فى المحكمة ، وبالتالى يكون تعريف هاورد لعلم النفس الشرعى مثالياً لأنه يركز على خاصيتين أساسيتين فى علم النفس الشرعى ، هما: ١) جمع وفحص الأدلة (مثال ذلك من خلال تقييم المشتبه فيهم ، والضحايا ، والشهود ، ودراسة الوثائق) . ٢) تقديم الأدلة كتابة أو شفوياً أمام المحلفين .

والإسهام الذى يمكن أن يقدمه الإخصائيون النفسيون أثناء إجراءات استماع المحلفين مؤثر إلى حد بعيد، من خلال الاطار الشرعى الذى يعملون وفقاً له. والنظم الشرعية الفردية لها قانونها الخاص بالأدلة (٢) أو قواعد الأدلة (٣) التى تحكم قبول وتقديم الأدلة أمام المحكمة (Gudjosson , 1992, a, b). وبالتالى فإن أية مناقشة حول الأدلة النفسية فى المحكمة يجب أن تواجه المعوقات القانونية ، التى يسمح فى إطارها بقبول هذا الدليل . وبالتالى ساقدم مناقشة مختصرة للنظام القانونى الانجليزى والتغيرات الجوهرية التى حدثت فيه، فى الأعوام الحديثة، فى ضوء قبول الدليل النفسى .

---

(1) Criminological Psychology .
(2) Law of evidence .
(3) Rules of evidence .

أنقضى الآن حوالى قرن منذ بدأ الأخصائيون النفسيون فى تزويد المحكمة بالدليل النفسى (Gudjonsson , 1991) وقد نمى مجال علم النفس الشرعى منذ ذلك الوقت إلى أبعد الحدود ، وقد تمثل ذلك فى زيادة الطلب على الخدمة النفسية من الأخصائيين النفسيين، الذين أصبحوا يعملون بصورة أكثر استقلالاً ، عما كان الأمر عليه من قبل على الإطلاق ، فى الإجراءات الخاصة بالمحلفين (Gudjonsson , 1984a ; b ; 1985 ;1987a) وقد حدثت الزيادة فى طلب المحكمة للتقارير ، فى كل من مجالى الإجراءات القضائية الجنائية والمدنيه .

الإطار القانونى

لكل دولة إطارها القانونى الخاص بها ، ويوجد ، بصفه عامة ، نمطان قانونيان، يشار إليهما نمطيا بالنظام التحقيقى (١) ونظام الاختصام (٢) والنظام الأول هو المفضل فى الدول الاوربية الأخرى ، وهو يعتمد على أن أفضل شكل تقدم به وظيفة العدالة هو من خلال المحكمة نفسها ، التى تبحث عن الحقائق فى القضية من خلال الاستماع إلى الشهود وفحص كل المواد المتاحة المحيطة بالقضية . وقد تطلب المحكمة تقارير إضافية من الشرطة، إذا رأت أنها ضرورية . ووفقاً لهذا النظام ، تكون المحكمة هى المسئولة عن اعتماد التقارير النفسية والسيكايترية، ويتعين إتاحة كل التقارير للمحكمة .

ويعتمد نظام الاختصام ، من ناحية أخرى ، والذى يستخدم فى القانون الإنجليزى على افتراض أن أفضل خدمة تؤديها العدالة ، تقوم على المواجهة المباشرة بين جانبى الدفاع والإدعاء ، وليس على الفحص والتحقيق .

والميزة الأساسية لعمل الأخصائيين النفسيين فى إطار النظام التحقيقى ، هى أن الشهود الخبراء يمكنهم الاطلاع على كل الوثائق المهمة ، والتى تمتد للمعلومات السابقة عن القضية ، عندما يتلقون تعليماتهم فى إطار نظام تحقيقى (Gudjonsson , 1984 a)، يضاف إلى ذلك أن نتائجهم لاتُخفى عندما تأتى لصالح طرف ما ، وهو الأمر الذى يحدث دائمًا فى إنجلترا (Gudjonsson , 1992 , a) والعيب الرئيسى بالنسبة للأخصائيين النفسيين العاملين وفق النظام التحقيقى ، هو أن دورهم يميل بالأحرى لأن يكون محدوداً مقارنة بالتقييم السيكايترى المسيطر (Gudjonsson and Petursson 1984) ويبدو أن السبب الرئيسى وراء ذلك هو أن المنحى التحقيقى فى القضايا القانونية أقل ميلاً لحفز وتطوير الأفكار الجديدة ، مقارنة بنظام الاختصام . وعلى الرغم من ذلك ، فإن مايستحق أن نتذكره هو أنه حتى السبعينيات كان دور الأخصائيون النفسيون البريطانيون فى التقييم الشرعى محدوداً للغاية بالتأكيد ، وحيث كانت أغلب الإحالات تأتيهم من الأطباء النفسيين (Gudjonsson , 1985) .

وهناك بعض المزايا البارزة فى نظام الاختصام ، من وجهه نظر الشاهد الخبير ، أولها أن الاحتمال أكبر لأن يكون ما يطلب من الأخصائيين النفسيين هو العناية بموضوعات محددة ، وليس مجرد أن يقدموا صورة أو بروفيلاً نفسيًا عامًا للمدعى عليه . (أى أن التعليمات تميل لأن تكون مركزة بقدر أكبر) . ثانيها أن الأخصائيين النفسيين العاملين فى إطار نظام الاختصام ، أكثر عرضة لأن يطلب منهم تقديم شهادة شفوية أمام المحكمة ، وبما يعنى أن شهادتهم تتضمن احتمالات الفحص المتشدد من الطرف المقابل . ولذلك ميزة تتمثل فى أن يكون الشهود الخبراء أكثر حرصًا فى فحصهم للمدعى عليه ، وأن

(1) Inquistorial .
(2) Adversarial .

يتجاوزوا مخاطر بعض الآراء غير الجوهرية ، التى يمكن للمحكمة قبولها دون نقد . ويمكن الزعم بكل تأكيد أن نظام الاختصام يجعل الأخصائيين النفسيين أكثر وعيًا بجوانب القوة والضعف فى دليلهم، ويشجعهم على النظر فى المناهج والأساليب المحسنه (Gudjonsson , 1985) ، وبالتالى يحفز البحث التجريبى .

ويمكن وفقًا للنظام الإنجليزى والأسكتلندى تصنيف القضايا إلى مدنية وجنائية . وتقدم القضايا الجنائية ضد المدعى عليه بواسطة ممثلى التاج فى إنجلترا ، أو ويلز ، أو بواسطة المدعى العام فى أسكتلندا ، والذى يمثل الدولة . وتتضمن الإجراءات المدنية كل القضايا غير الجنائية التى تعرض على المحكمة ، والتى عادة ماتتخذ فيها الإجراءات ضد شخص آخر أو شركة ؛ بغرض الحصول على تعويض ما عن أمور مثل نقض العقود أو الإصابات الشخصية . وقد تتضمن القضايا المدنية أيضًا قضايا أسرية (مثال ذلك إجراءات العناية بالأطفال ، أو الطلاق) أو منازعات الملكية .

ويشير كلارك (Clark (1987 إلى أن هناك فروقًا مهمة بين القانون الإنجليزى والقانون الأسكتلندى ، الأمر الذى يؤثر فى الأساليب التى تعامل بها الأدلة النفسية والسيكاتيرية فى المحكمة ؛ إذ يكون المدعى العام فى أسكتلندا مسئولاً عن تقدير وتقييم كل الأدلة ضد المتهم ، قبل وصول القضية إلى المحكمة . وقد يقوم المدعى العام ، عندما يكون ذلك من الضرورى والمناسب بسؤال الخبراء أسئلة حول أدلتهم قبل سماع المحكمة لها؛ لكى يوضح أدلتهم ويحد من إفراطها فى التضمين . ولا يملك ممثل التاج فى كل من إنجلترا وويلز مثل هذه الوظيفة التوضيحية . وهناك فرق آخر مهم بين القانونين الإنجليزى والأسكتلندى يؤثر فى أدلة الخبير ، هو أن محاكم الأحداث فى أسكتلندا تستمع إلى الأطفال فى الوقت الذى يتم فيه التأكيد على تحديد نوع الخطوات ، التى يمكن اتخاذها لتوفير أفضل النتائج لصالح الطفل، وليس لتقرير الذنب أو البراءة .

وتدار أغلب الدعاوى المدنية بواسطة المحاكم المحلية ، و على الرغم من ذلك ، فإن المحاكم القضائية التى يعرض عليها مايزيد عن ٩٨ فى المئة من كل القضايا الجنائية ، تفصل أيضًا فى بعض القضايا المدنية مثل المنازعات العائلية واجراءات رعاية الأطفال .

وتتعامل محاكم التاج مع أغلب القضايا الجنائية الخطيرة ، وتوفر للمدعى عليه محاكمة بواسطة محلفين فى القضايا الخلافية ، وتتعامل محاكم التاج أيضًا مع القضايا المحكوم فيها من المحاكم القضائية بالسجن ، عندما يرغب المدعى عليهم فى استئناف حكم المحاكم القضائية . وتنظر هذا الدعاوى فى محاكم التاج ، وتنظر الدعاوى الاستئنافية الأخرى أمام محكمة الاستئناف ، والتى تنقسم إلى أقسام مدنية وجنائية . وينظر الاستئناف النهائى ، والذى عادة مايكون حول نقاط فى القانون ، وله أهمية عامة للجمهور أمام مجلس اللوردات .

وأحيانًا مايقدم الأخصائيون الاكلينيكيون أدلة فى المحاكم القضائية وفى قضايا الأحداث ، والنزاعات الأسرية على وجه الخصوص (Lane , 1987 ; Parker , 1987) ، وهم يميلون لأن يكونوا تعليميين فى أغلب القضايا الخطيرة فى محاكم التاج ، مثل تلك القضايا التى تتضمن اعتداءات جنسية أو عنفًا بما فى ذلك الجرائم . ودور الاخصائيون الأكلينيكيون فى مثل هذه القضايا متباين للغاية (Cooke , 1980 ; Haward , 1981 ; Blau , 1984 ; Weiner and Hess , 1987 ; Lioyd - Bostock , 1988)

أدوار الأخصائيين النفسيين الشرعيين (١)

وصف هاورد (90 : 1981) Haward بالتفصيل الأدوار المختلفة للأخصائيين النفسيين فى الاجراءات القضائية . وقد حدد أربعة أدوار رئيسية ، ووصف أنواع المحاكم ، التى قد يجد الأخصائيون النفسيون أنهم مطالبون بتقديم الأدلة فيها . وقد أشار هاورد إلى هذه الأدوار على أنها التجريبية ، والأكلينيكية ، والاحتمالية (٢)، والاستشارية .

ويؤدى الاخصائيون النفسيون فى المجال التجريبى دوراً فريداً عادة مايخرج عن إطار خبرة الطبيب النفسى الشرعى؛ لأنه يدرس السلوك الإنسانى فى هذا الدور بواسطة التجريب ، وليس بالمقابلة الأكلينيكية . وهو دور يتطلب القدرة ومعرفة طرق تطبيق المبادئ والأساليب النفسية على المشكلات الشرعية ، وهو دور يتطلب فى بعض الأحيان ابتكار تجارب مبدعة فى كل من القضايا المدنية والجنائيه (Haward , 1981 , 1990) .

مثال ذلك أن جودجونسون وسارتورى (1983) Gudjonsson and Sartory استخدما إجراءً تجريبياً يتضمن استخدام كشاف للكذب (٣) كأداة لتشخيص مخافة جروح الدم (٤) ، وهو إجراء نتج عنه تحول للنقيض فى دعوى لإدانة متهم بعدم تقديمه عينة دم فى قضية تتضمن اشتباهاً فى قيادة سيارة أثناء السكر . وكانت القضية تتضمن شاباً أوقفته الشرطة للاشتباه فى السكر أثناء القيادة ، وقامت الشرطة بعمل اختبار تنفس له ، وبعد الفشل فى اختبار التنفس ، طُلب منه عينة دم لتحليلها غير أنه رفض ، على أساس أنه لايستطيع ان يقوم بذلك من الناحية العقلية ، وبالتالى أتهُم الرجل أمام المحكمة لرفضة تقديم عينة دم . وقد ادعى فى دفاعه عن نفسه أنه يعانى من مخاوف من الدم ، وبالتالى فلديه عذر مقبول لعدم تقديم عينة دم . وقد أحيل إلى المؤلف الحالى لتقييم حقيقة مايدعيه حول مخافة الجروح الدموية . وكان المعروف فى تراث علم النفس الأكلينيكى فى ذلك الوقت (Sartory et al ., 1977) أن المخاوف الحقيقية من جروح الدم ترتبط بردود فعل قلبية فريدة (انخفاض فى معدل ضربات القلب وضغط الدم)، يمكن ملاحظتها فسيولوجيا بواسطة كشاف الكذب (Gudjonsson , 1992a) ، وقد أظهر الفحص بكشاف الكذب ، أن معدل ضربات قلب الرجل بالنسبة لمواد ذات علاقة بالدم وأخرى محايدة يظهر بوضوح استجابات ، تطابق مايحدث فى حالة مخاوف جروح الدم , Gudjosson and Sartory) 1983) . وقدم المؤلف هذا الدليل فى قضية هذا الرجل ، وعدلت المحكمة عن تجريمه .

وقد طبق إجراء آخر فى قضية أخرى ، تتضمن ادعاء اغتصاب فتاة ، تعانى من إعاقات تعلم بهدف التمييز بين الجزء الصادق والآخر غير الصادق فى شهادة الضحية ,Gudjonsson and Gunn) 1982) . وكانت شهادة المجنى عليها هى الدليل الرئيسى ، الذى قدمه الادعاء ضد ستة متهمين . وكان ممثل الاتهام مهتمًا ، فى ضوء إعاقات التعلم لدى المجنى عليها ، بمدى صدق دليلها ضد المتهمين ، وكيف يمكن ان تكون قادرة على مواجهه تفنيده أمام المحكمة .

وقد أوضح فحص نفسى تفصيلى أنها قادرة على التمييز بين الحقائق والتخيلات ، عندما تكون الحقائق واضحة أمامها . ولكن عندما لاتكون متأكدة من الحقائق ، تصبح مهيئة على الفور للإيحاءات التى

(1) Forensic Psychologists .
(2) Actuarial .
(3) Polygraph .
(4) Blood - injury Phobia .

تتضمنها الأسئلة . والأكثر أهمية أن إفادتها التى لايكون لها أساس موضوعى ، يمكن تحت الضغط ، تبديلها بسهوله ، بينما تكون إفادتها الصحيحة غير قابلة للتبديل . وقد قدمت هذه الحقائق النفسية للمحلفين فى محكمة أولد بيلى Old Baily بهدف توفير خطوط عريضة أمامهم ، يستطيعون من خلالها التمييز بين الدلائل الصادقة والأخرى غير الصادقة مما يخص القضية المنظورة . وقد أدين خمسة من المتهمين الستة . وتوضح هذه القضية التى حفزت فيما بعد تطوير مقاييس جود جنسون للقابلية للإيحاء (١) (Gudjonsson , 1992a) كيف أن شخصًا شديد القابلية للإيحاء من ذوى الإعاقة التعليمية كان قادراً على تقديم شهادة صادقة ، تتعلق بالحقائق الأساسية التى يتذكرها بوضوح .

ويلقى هاورد (Haward (1981 الضوء على الأهمية الشرعية للتجارب على الإدراك والذاكرة . ويصنف هذا النوع من الأدلة فى فئتين مستقلتين : الأولى هى الدليل العام حول الحقائق العلمية المتعلقه بجدود الذاكره الانسانيه وقابليتها للخطأ فى صلتها على وجه الخصوص بتعريف الدليل فى شهاده العيان (Loftus , 1979) . وهذا النوع من شهاده الخبير والذى يقدم عاده فى محاكم الولايات المتحده غير مقبول فى بريطانيا (Davies , 1983) ويتعلق ذلك بحقيقة أن المحاكم البريطانية تعارض الدليل ذا الطابع العام ، والذى لايركز بشكل مباشر على عدم السواء فى الشخصية أو الحالة العقليه للمدعى عليه .

النوع الثانى من الدليل العلمى ، وهو المقبول فى المحاكم البريطانية ، يتعلق بالتجارب ذات الصلة المباشرة بقضية الفرد . مثال ذلك أنه فى إحدى القضايا التى وصفها هاورد (Haward (1981 تورط أربعه من راكبى الدرجات البخارية فى تصادم مع سيارة رياضية ، واتهم ثلاثة منهم بالقيادة الخطرة، على أساس أن ضابط للشرطة ادعى أنه شاهدهم فى وقت مبكر من اليوم نفسه يقودون بسرعات خطيرة . وكان أساس تحديد ضابط الشرطة لشخصيات راكبى الدراجات ، هو أنه كان قادراً على تذكر أرقام لوحات دراجاتهم ، عندما رآهم فى وقت مبكر من اليوم . وقام هاورد بتجربه على عينه من ١٠٠ مفحوص من الاسوياء ، واوضح أن احتمال ان يكون ضابط الشرطة قادرا على تسجيل أرقام اللوحات كما أدعى احتمال ضئيل بصورة متطرفة (حيث أشارت النتائج إلى أن أيًا من الـ ١٠٠ مفحوص ، لم يكن قادراً على تكرار مادعاه ضابط الشرطة من الكفاءة الإدراكيه فى الموقف التجريبى) .

وقد تحقق الدور الأكلينيكى بصوره مناسبة تماماً من خلال الأخصائيين النفسيين المرخص لهم . وهو أكثر الأدوار شيوعًا بين الأخصائيين النفسيين ، ممن يطلب منهم إعداد تقارية للمحكمة (-Gud jonsson , 1984 a ; b ; 1985) وهو يتداخل مع الدور الذى يقوم به الأطباء النفسيون الشرعيون . وحيث يقوم الأخصائى النفسى بعقد مقابلة شخصية مع عميل ، ويجرى له التقييم النفسى المطلوب ، والذى قد يتضمن استخدام مقاييس سيكومترية متعددة (مثال ذلك تطبيق اختبار للذكاء والأداء النفسى العصبى ، والشخصيه والحالة العقلية) والحصول على البيانات السلوكية (Gudjonsson , 1985)، وتعتمد طريقة التقييم بالطبع على تعليمات الجهة التى حولت الشخص ونوع المشكلة المطلوب تقييمها ، وقد يحتاج الأمر لتقييم العميل فى أكثر من مناسبة. يضاف إلى ذلك ، وعندما يكون ممكنًا وملائمًا ، استشارة الإخباريين للحصول على مساندتهم ومعلوماتهم الاضافية . ويتعين الحصول على المعلومات السابقة ، بما فى ذلك التقارير المدرسـية والتقييم النفسى والسـيكاتيرى ، عندما يكون هناك احتمال أن لهم صلة بالتقييم الحالى .

(1) Gudjonsson Suggestability Scales .

ويشير الدور الاحتمالى إلى تطبيق الاحتمالية الإحصائية على الأحداث والسلوك ، وهذا الدور غير قاصر على الأخصائيين النفسيين ، وعاده مايقوم به الأخصائيون والعلماء الآخرون لتفسير الملاحظات والبيانات السلوكية . وقد تتضمن الاحتمالات والملاحظات التى يحللها الأخصائيون النفسيون تقديرا لاحتمالية أن شخصا ذا آفات نفسية معينة ، يمكن أن يكسب عيشه ، أو يعيش مستقلا فى المجتمع (Haward , 1981) .

ويتضمن الدور الاستشارى النصح والإرشاد حول أية أسئلة يتعين أن توجه عند تفنيد شهادات الأخصائيين النفسيين ، الذين يشهدون مع الطرف الآخر . مثال ذلك قد يطلب ممثل الادعاء من الأخصائى النفسى الجلوس خلفه فى المحكمة لينصحه بكيفية سؤال الأخصائى النفسى الآخر ، الذى يقف فى جانب الدفاع وكيف يفند شهادته . ويتزايد تعرض تقارير الأخصائيين النفسيين للفحص من نظير خبير، يعمل مع الطرف المقابل . وربما درس هذا الخبير تقرير الأخصائى النفسى بعناية ، وقد يكون قد قام بتقييم لصالح المدعى عليه .

ومما يذكر أن وجود أخصائى نفسى آخر فى المحكمة يقيم شهادة الشخص ، يزيد من التوتر الذى يعانيه الأخصائى النفسى عند أداء الشهادة (Gudjonsson , 1985)

وأحيانًا مايوجد عدم اتفاق أساسى بين آراء الخبراء الأخصائيين النفسين ، وقد يؤدى ذلك إلى تفنيد متبادل ومثير للتوتر بينهما (Tunstall et al ., 1982) . ويتعين على الأخصائى النفسى عند إعداده تقرير للمحكمة أن يفترض دائمًا أن تقريره سيكون عرضة لمراجعة دقيقة من زميل اخر له ، يعمل مع الخصم ، وحتى إذا لم يحدث ذلك فالمحامون أصبحوا يالفون بصورة متزايدة شهادات الأخصائيين النفسين ، وأصبحوا قادرين على توجيه بعض الأسئلة البحثية الدقيقة ، ويتعين أن يكون الأخصائى النفسى على ألفة بالتطور فى الادوات والمقاييس المستخدمة وصدقها .

إسهامات الأخصائيين النفسيين في الإجراءات الجنائية :

تتضمن أغلب النظم التشريعية للإجراءات الجنائية ثلاث مراحل متمايزة : قبل المحاكمة ، وأثناء المحاكمة ، وصدور الحكم . وتتأثر طبيعة التقييم النفسى ونوعه بالقضايا التشريعية ذات العلاقة بكل مرحلة . وبالتالى يصبح من الجوهرى أن يكون الأخصائيون النفسيون ، الذين يعدون تقارير للمحكمة على ألفة بالمفاهيم التشريعية ، ذات العلاقة بكل مرحلة من مراحل الإجراءات الجنائية ، ولديهم المعلومات الكاملة عن الجوانب القانونية فى القضية التى يقيمونها .

قضايا ماقبل المحاكمة :

تكون أحقية إقامة الدعوى على المدعى عليه ، ولياقته للوقوف أمام المحكمة موضوعًا لتشكيك الدفاع فى مرحلة ماقبل المحاكمة (Chiswick , 1990) ، ويحدث ذلك إذا كان يُعتقد أن الحالة الفيزيقية أو العقلية للمدعى عليه تتضارب مع الإجراءات الواجبة فى القانون وقت المحاكمة (أى تتعارض مع حصول المدعى عليه على محاكمة عادلة ، إذا أقيمت الدعوى) وعلى كفاءة المدعى عليه لتقديم تعليمات ملائمة لمحاميه ، وعلى فهم الاتهامات الموجهة إليه ، وعلى قدرته على التمييز بين ادعاء أنه مذنب أو غير مذنب ، وعلى إمكانية متابعته للإجراءات وقت المحاكمه . و يشكل كل ذلك الجانب القانونى الرئيسى ، الذى يتعين تقريره فى مرحلة ماقبل المحاكمة .

وتعد صحة إقامة الدعوى وبدء المحاكمة فى إنجلترا من القضايا البارزة بصفة عامة فى حالة المحاكمات الخطيرة فقط نتيجه لدلالتها القانونية والاكلينيكيه (ibid.) .

والمشكلة الرئيسية بالنسبة للطبيب النفسى الشرعى و الأخصائى النفسى ، والتى تنطبق بالقدر نفسه على الشهود الخبراء البريطانيين والامريكيين هى أن القواعد القانونية لمحكات صحة إقامة الدعوى تُعرف وتوصف بطريقة غير ملائمة تمامًا فى قانون المحاكمات ، ولا تمكن الخبير من التقييم المرضى لعدم حصانة المدعى عليه سيكايتريا ونفسيا وفق المحكات القانونية . وعادة مايعنى ذلك أن التقييم السيكايترى يتجه للتعلق بالمحكات القانونية بطريقة غير محورية .

وينخرط الأخصائيون النفسيون فى الولايات المتحدة بقدر نشط فى هذه المرحلة للإجراءات الجنائية ، وحيث يتداخل دورهم بقدر كبير مع دور الأطباء النفسيين (Blau , 1984 ; Cooke , 1980 ; Weiner and Hess , 1987) وقد طور علماء النفس الأمريكيون أدوات نفسية خاصة ، يشار إليها بصفة عامة باعتبارها « اختبارات الكفاءة » (1) لاستخدامها فى التقييم الموضوعى للآفات النفسية المتعلقة بالجوانب القانونية (Blau , 1984) . وقد أثارت دراسات التحليل العاملى لاختبارات الكفاءه الانتباه حول البنية العاملية غيرالدقيقة لها عبر عينات المفحوصين المختلفة (Bagby et al ., 1992) . ويوصى باجباى Bagby وزملاؤه بالحاجة إلى تطوير إضافى للمقاييس التجريبية ، التى تطابق بشكل أفضل البنية القانونية لكفاءة إقامة المحاكمة .

وينخرط الأطباء النفسيون أساسًا فى المملكة المتحدة فى هذه المرحلة من الإجراءات ، وينخرط فيها الأخصائيون النفسيون فى بعض الأحيان فقط . و على الرغم من ذلك ، أصبح المحامون فى إنجلترا يطلبون من الأخصائيين النفسيين بشكل متزايد إجراء تقييم نفسى فى هذه القضايا ، لأنها تزود المحكمة بتقييم موضوعى لجوانب القوة والضعف فى المدعى عليه . وقد يتضمن هذا التقييم تقريراً عن الحالة العقلية والنفس عصبية للمدعى عليه ، بالإضافة إلى تقييم للمشكلات المتعلقة بالقلق والاكتئاب .

مثال ذلك أنه فى إحدى القضايا التى أحيلت إلى المؤلف الحالى ، والتى كان قد اتهم فيها رجل فى أواسط العمر باعتداء إجرامى شديد الخطوره مرتبط بغسيل لملايين الجنيهات الناتجة عن سرقات ، سبق تقييمه بواسطه عدد من الأطباء النفسيين ، ممن كانوا مهتمين بكفاءة المدعى عليه للوقوف أمام المحكمة نتيجة لمرض الاكتئاب ، الذى بدا أنه يعيق قدرته على إفادة محاميه ، ومتابعة اجراءات المحكمة . وكانت القضية تتضمن صفقات دولية معقدة ، كان المدعى عليه قادراً على التعامل فيها ، من خلال اجراءات طويلة ومراجعات ضريبية كبيرة . وقد طلب من المؤلف الحالى أن يقوم بفحص نفسى للمدعى عليه ، ليوضح ماإذا كان كفئًا أم لا للوقوف أمام المحكمة . وقد أشار التقييم النفسى إلى أنه مكتئب بشكل حاد ، ويعانى من عجز فى الاداء العقلى ، وكان يعانى على وجه الخصوص من مشكلات خطيرة فى الانتباه ، وبطئ فى العمليات المعرفية والتى يمكن أن تجعل من المستحيل بالنسبة له متابعة إجراءات المحاكمة بصورة ملائمة ، مع الأخذ فى الاعتبار تعقد القضية . مثال ذلك أنه تبين أنه من الصعب عليه للغاية أن يركز على الأسئلة ، وكان يسأل أثناء التقييم النفسى ، وتطلب الأمر منه وقتًا طويلا لكى يفهم التعليمات ويكمل مهام بسيطه . وقد أدى ذلك إلى فشله فى الحصول على درجات على عديد من الاختبارات الموقوتة فى اختبار وكسلر المعدل للراشدين .

---

(1) Competency tests .

وقد شهد كل الخبراء فى المحكمة حول الحالة العقلية للمدعى عليه . وقد تبينت المحكمة أن المتهم غير لائق للوقوف أمامها ، ووفرت له علاجًا سيكاتيريًا من اكتئابه . وبعد عامين قرر الطبيب النفسى لياقته للوقوف أمام المحكمة ، وحوكم وأدين وحكم عليه بالسجن .

قضايا مرحلة المحاكمة :

يتضمن الاعتداء الجنائى فى القانون الإنجليزى عدداً من العناصر المختلفة ، تصنف فى فئتين رئيسيتين ، يشار إليهما بأركان الجريمة ، والقصد الجنائى [(١)] (انظر Lang , 1990 للحصول على مراجعة تفصيلية) وتتضمن الفئه الأولى عناصر تتعلق بالفعل الإجرامى نفسه ، بينما تركز الفئة الأخيرة بصفة عامة على الحالة العقلية للمتهم ، ولكنها لاتقتصر عليها فقط ، وخلال مرحلة الركن الجنائى على المدعى العام أن يبرهن على أ) أن هناك فعلاً اجراميًا قد أرتكب ب) أن المتهم هو الذى ارتكبه . والقضايا التى تتعلق بالقصد تركز على الحاله العقليه للمتهم وقت ارتكاب الجريمة ، ومدى مايقع عليه من لوم . (مثال ذلك ماإذا كان الفعل الإجرامى ارتكب عمداً او نتيجة للإهمال) .

ومحك تصنيف مبدأ القصد الجنائى يعتمد على طبيعة الاعتداء ، والسبب وراء ذلك هو أن لكل اعتداء تعريفًا منفصلاً فى القانون ، ولايوجد محك معيارى لتعريف مبدأ القصد على امتداد الجرائم المختلفة حتى فى الاعتداءات ذات الصلة فيما بينها . ولاتتطلب بعض الجرائم عنصراً يتعلق بالقصد لدى المتهم لكى يدان (من ذلك الجرائم التى تخضع للمسئولية التامة ، والمدعى العام بمفرده ، هو الذى يثبت أركان الجريمة) . و على الرغم من ذلك ففى مثل هذه القضايا تكون الحالة العقلية ذات علاقة بالقصد ، ويمكن استخدامها للحصول على حكم مخفف فى مرحلة إصدار الحكم .

وعاده مايُطلب من الأخصائيين النفسيين فى إنجلترا أن يعدوا للمحكمة تقارير، تتعلق بكل من الركن الجنائى والقصد الجنائى . ويتزايد إنخراط الاخصائيين النفسيين فى مثل هذه القضايا ويتسع باستمرار (Gudjonsson , 1986 ; Fitzgerald , 1987)

ويكمل إسهام الاخصائيين النفسيين فى قضايا القصد الجنائى دور زملاؤهم من الأطباء النفسيين (Gudjonsson , 1984 b ; 1986) وقد يتضمن هذا الدور التعامل مع القضايا المتعلقة «بعدم سواء العقل » [(٢)] وانتفاء المسئولية فى قضايا القتل ، والسؤال حول النية فى قضايا ادعاء السرقة من المتاجر .

قضايا إصدار الأحكام :

يشكل صدور الأحكام المرحلة الأخيرة فى الاجراءات الجنائية ، وهو يتم بعد اعتبار المدعى عليه مذنبًا فى التهم الموجهة اليه ، وإذا برئ المحلفين المدعى عليه أو برأه القضاة يصبح حراً . وعندما يعترف المدعى عليه بالذنب أو يدان فعلى القاضى أو القضاة إصدار حكم ، وهناك اختيارات من أحكام متعددة اعتمادا على طبيعة الجرم وظروف القضية (Eysenck and Gudjonsson , 1989) ويتضمن الحكم سجنًا أو غرامه مالية ، او تعليق العقوبة أو الحكم بخدمه المجتمع . وغالبًا ماتكون العقوبة فى الجرائم الصغرى هى الغرامة المالية . وقد يحكم على المتهم بالسجن ، اعتماداً على طبيعه أى ظروف مشدده للعقوبة (مثال ذلك سرقة المنازل ليلاً اثناء نوم أصحابها فيها) أو يحكم عليه بقضاء ٢٤٠ ساعة من

(1) Actus reus and mens rea .
(2) Abnormality of mind .

العمل لخدمة المجتمع (أى يكلف ببعض المهام للقيام بها فى المجتمع المحلى تحت رقابة مشددة) .

وانخراط الأخصائيين النفسيين فى مرحلة إصدار الأحكام أقل مقارنة بزملائهم من الأطباء النفسيين ، غير أن تقديمهم لتقارير للمحكمة حول العوامل المتعلقة بتخفيف العقوبة وإصدار الأحكام بدأ يتزايد (Gudjonsson , 1986) ، ويتضمن ذلك تقديم رأيهم حول بدائل المعاملة والمآل المحتمل . وقد تتضمن النصيحة المقدمة توفير معاملة خاصة للأشخاص المدانين فى جرائم الاعتداء الجنسى والسرقات القهرية للمتاجر (Gudjonsson , 1987 b) أو سرقه السيارات (Brown , 1985) .

الاختبار النفسى :

هناك القليل من المعلومات المتاحة حول المدى الذى تستخدم به الاختبارات النفسية فى التقييم الشرعى ، ويعتمد الأطباء النفسيين الشرعيين فى تقييمهم بصفة عامة على المقابلة الإكلينيكيه ، وليس لديهم عموما أى تدريب ضرورى أو خبرة بتطبيق الاختبارات النفسية . أما الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون فلديهم من ناحيه أخرى ميزة أنهم قادرون على استخدام الاختبارات اللازمة لقياس المهارات الوظيفية والآفات ، والشخصية والحالة العقلية (Blau, 1984; Grisso, 1986; Heilbrun , 1992) وهو مايعنى أن أدلتهم تعتمد أكثر على الحقائق بشكل عام مقارنة بأدلة الأطباء النفسيين ، الذين يعتمدون بشكل مطلق على الرأى .

وقد وجد جود جونسون (1985) Gudjonsson فى مراجعة لأعضاء جمعية علم النفس البريطانية أن ٩٦ فى المئة من الأخصائيين النفسيين درسوا واستخدموا بصفة عامة الاختبارات النفسية عند قيامهم بتقييم شرعى . وأن أغلب الاختبارات المستخدمة هى تلك التى تركز على مصادر القوة والضعف الوظيفية مثل اختبارات وكسلر للذكاء ، والاختبارات النفسية العصبية المختلفة . وكانت هناك أقلية صغيرة من الأخصائيين النفسيين (٩ فى المئه) هم من يمكن القول أنهم من يستخدمون عادة اختبارات الشخصية بما فى ذلك اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية واستخبار ايزنك للشخصية . وعلى الرغم من النسبة الكبيرة من الأخصائيين النفسيين الذين يستخدمون عموما الاختبارات النفسية فى تقييمهم الشرعى فإن أغلبهم يعتمد أيضا على التقييم السلوكى ، وبيانات المقابلة الشخصية ، وبالتالى ، فعلى الرغم من أن الاختبارات النفسية هى المستخدمة على وجه العموم عند القيام بتقييم شرعى ، إلا أنها نمطياً تشكل جزءاً من التقييم الكلى .

ويعتمد المدى الذى تستخدم به الاختبارات النفسية فى التقييم الشرعى على التدريب والتوجة الخاص بالأخصائى المعين القائم بالمهمة . و على الرغم من ذلك فإنه يعتمد على التعليمات التى يتلقاها من الجهة المحولة ، وطبيعة المشكلة المطلوب تقييمها . مثال ذلك أن الأشخاص الذين يحولون بصفة خاصة لتقييم أدائهم العقلى أو وضعهم النفسى العصبى ، سيحتاجون لاختبارهم بطريقة ثابتة ، بينما يعتمد التقييم النفسى فى قضايا حضانة الأطفال نمطيًا ويقدر مكثف على المعلومات، التى يمكن الحصول عليها من المقابلات الشخصية والملاحظات (Keilin and Bloom , 1986) . وعندما تكون التعليمات التى تقدمها الجهة المحولة غير واضحة ، فسيحتاج الأخصائى النفسى للحصول على توضيح عن الهدف من التقييم سواء شفاهة أو كتابة . ودائمًا مايكون من المفيد معرفة القضايا القانونية المتضمنة فى القضية المعينة . وبهذا يمكن وضع خطة التقييم النفسى وفقًا لها .

ويقدم هايلبرون (1992) Heilbrun خطوطا عريضة مفيدة لاستخدام الاختبارات النفسية فى التقييم الشرعى وهى تتضمن الآتى :

١) يتعين أن يكون الاختبار المستخدم موثقًا جيدا وله مراجعة فى التراث العلمى ، ويجب أن يتضمن دليلا يصف تصميمة ، وخصائصه السيكومترية ، وإجراءات تطبيقه .

٢) يتعين أن يكون ثبات الاختبار المختار جيداً للغاية (أنظر ليندزى وباول : الفصل الاول) .

٣) يجب أن تكون للاختبار المختار علاقة (صدق) بالقضية القانونية المنظورة أو البنية النفسية خلف القضية القانونية (انظر ليندزى وباول : الفصل الأول) ومن الافضل أن يكون التحلق مدعوماً ببحوث صدق منشورة ، و على الرغم أن من تبرير استخدام اختبار معين فى بعض الأحيان ، يمكن أن يتم على أسس نظرية .

٤) يجب استخدام الأسلوب المعيارى فى تطبيق الاختبار الموصى به فى الدليل ، والذى يتطلب عادة مكاناهادئا بعيدا عن المشتتات للتطبيق .

٥) يتعين عدم تطبيق النتائج المستخلصة من اختبار ما لهدف لم يطور الاختبار من أجله (مثال ذلك الخروج باستخلاصات حول المرض النفسى ، أو القابلية للايحاء ، أو المسامرة من نتائج اختبار للذكاء) ويتعين أن يتجه تفسير النتائج فى إطار الدلالة العامة للمجتمع والموقف ، أى مقدار كفاءة الشخص القصوى بالنسبة للمجتمع والموقف اللذين توضحهما دراسات الصدق ، ووفق القدر الأكبر من الثقة التى يمكن التعبير بها عن إمكانية استعادة النتائج مرة أخرى . وأكثر الاختبارات المستخدمة فى الممارسات الشرعية مقننة على مجتمعات غير شرعية ، مما قد يجعل من الصعوبة تعميم النتائج .

٦) هناك جدل مهم فى التراث البحثى حول التنبوات الإكلينيكية مقابل التنبوات الإحصائية (مثال ذلك : Meehl , 1954 ; Sawyer , 1966).

ومن الأمور المفضلة استخدام نتائج من مجموعة مقاييس موضوعية وبيانات اكتوارية ، ويتعين بالطبع الاعتماد بأكبر قدر على نوع التقييم الذى أجرى والظروف التى تم خلالها تطبيق الاختبار . مثال ذلك أن الكثير من الأحكام الإكلينيكية حول المهارات العقلية ، وسمات القابلية للإيحاء غالبًا ماتكون خاطئة تماماً (Gudjonsson , 1992a) . ويتعين أن توفر المقاييس الموضوعية معلومات أكثر ثباتا من الأحكام الاكلينيكية . وترى وجهة النظر الأخرى أن المقابلة الإكلينيكية جوهرية لتقييم الحالة العقلية الراهنة أو السابقة للشخص ، ويمكن أن يكمل ذلك بالمقاييس الموضوعية مثل استخبار الصحة العامة وبطارية بيك للاكتئاب .

٧) عند تفسير النتائج المستخلصة من الاختبارات ، من المهم أن يكون الأخصائى النفسى الشرعى حساساً لأشكال السلوك (نمط الاستجابة (١)) التى يمكن أن يكون لها تأثير على صدق النتائج (مثال ذلك الدفاعية ، المراوغة الإنكار ، ادعاء المرض) .

ومن بين أكثر النقاط التى قدمها هيلبرون أهمية هى أنه يجب النظر إلى الاختبارات النفسية بوصفها جزءاً من اختبار الفروض ؛ أى إنها يمكن أن تخدم باعتبارها مصدراً واحداً من بين مصادر

(1) Response Style .

المعلومات ، التى يمكن أن تؤدى إلى كل من صياغة الفروض ، حول البنية النفسية المتعلقة بالقضية الشرعية ، والتحقق من هذه الفروض . غير أن هناك مصادر أخرى بالمثل منها : التاريخ ، والاختبارات الطبية ، والبيانات المستخلصة من المقابلة الشخصية ، وملاحظات طرف ثالث حول السلوك . ويمكن استخدامها جميعًا لهذه الأغراض (Heilbrun , 1992 : 268) . وبمجرد صياغة الفروض يحتاج الأمر لاختبارها بواسطة وسائل موضوعية .

التقييم في حالات العدول عن الاعتراف :

كانت أغلب القضايا التى تتضمن العدول عن الاعتراف أو التشكيك فيه تحال إلى الأطباء النفسيين فى الفترة المبكرة التى تعود إلى أوائل الثمانينيات ، وكان الأطباء النفسيون غير مجهزين واقعياً لتقييم القضايا النفسية المتعلقه بهذه الحالة (Gudjonsson , 1992a) . وقد تلى النشاط البحثى للمؤلف الحالى فى مجال القابلية للإيحاء (Gudjonsson , 1983 , 1984c) والاعتراف الكاذب (Gudjonsson and Mckeith, 1988) ومشاركته فى عدد من القضايا (Gudjonsson,1992 a; b) إحالة القضايا التى يكون فيها الدليل معتمدا على اعتراف مشكوك فيه ، إلى الأخصائيين النفسيين. وقد خلقت السوابق القانونية فى عدد من القضايا الحديثة فى محاكم الاستئناف محكات التوسع فى قبول دليل الخبير النفسى . وقد أصبحت محاكم الجنايات الإنجليزيه أكثر قبولاً للدليل النفسى . وقد نتج عن ذلك احالة القضاة لعدد اكبر من القضايا للأخصائيين النفسيين لإجراء تقييم يتعلق بالبنية النفسية الخاصة بثبات الدليل القائم على الاعتراف . وقد ناقش جودجونسون (Gudjonsson 1992 a;b) تفصيلا الجوانب القانونية الخاصة بالتقييم فى هذه الحالات ، ونوع الفحص النفسى الذى يتعين القيام به .

ويوصى جودجونسون (Gudjonsson (1992 a بتقييم أربعة مجموعات من العوامل للوصول إلى تقييم شامل .

١) خصائص المتهم (مثال ذلك معلوماته عن الحقوق القانونية، والذكاء ومدى الذاكرة ، والشخصية) .

٢) ظروف القبض عليه وحبسه .

٣) الحالة البدنية والعقلية للمتهم أثناء الاستجواب والسجن.

٤) عوامل الاستجواب (مثال ذلك طول فترة الاستجواب ونوعه) والأمر الشائع أن يطلب القضاة تقييماً للأداء العقلى والقابلية للإيحاء

الإيحاء الاستجوابى :

والإيحاء ذو العلاقة المباشرة بالتقييم هو الإيحاء الاستجوابى (١) ، والذى يشير إلى ميل الفرد للاستسلام للأسئلة التوجيهية والخضوع لضغوط الاستجواب ; Gudjonsson and Clark , 1986) Gudjonsson , (1992 a) ويمكن قياس هذا النوع من الإيحاء الذى يختلف من عدة جوانب موضوعية عن الأنواع الأخرى من القابلية للإيحاء (مثال ذلك القابلية للايحاء التنويمى) , Gudjonsson)

---

(1) Intrerrogative Suggestibility .

(1984 c ; 1987c) وقد تحتاج النتائج المستخلصة من الاختبارات النفسية إلى تفسيرها فى سياق القضية كاملة، وبالأخص إذا قدم الأخصائى النفسى شهادته أمام المحكمة . وبالتالى فمن المهم أن يصل الأخصائى النفسى إلى كل الوثائق المتعلقة بالقضية قبل إجراء المقابلة مع المتهم ، بما فى ذلك التسجيلات الصوتية والمقابلات التى جرت معه ونسخة من سجل حبسه .

الكشف عن التضليل :

يغطى تعبير تضليل أيه محاولة يقوم بها شخص ما لتشويه أو إساءة تقديم إجاباته أو أدائه. وقد يأخذ التضليل أشكالا متنوعة ، وهو منتشر فى مجال التقييم الشرعى على وجه الخصوص ، وحيث تخدم إجابات الفرد أهدافه بالضبط (Gudjonsson , 1992 a)

ويجب التمييز بين الحالات التى يزيف فيها الفرد نحو الحسن (١) (أى محاوله خلق انطباع إيجابى بواسطة الكذب أو الغش) . وتلك التى يكوند الفرد مدفوعا فيها للتزييف نحو السئ (٢) (أى محاوله أن يبدو مضطربًا نفسيًا) أو فاقدا للذاكرة ، أو يعانى من آفات معرفية) وكل من النوعين من التضليل يمكن أن يهددا بشكل خطير صدق الإختبارات النفسية والتقييم النفسى .

ودائمًا مايصنف التضليل فى فئتين يشار إليهما على أنهما تضليل الذات والآخر (٣) على الترتيب (Gudjonsson , 1990) وللتمييز بينهما أهمية نظرية وإكلينيكية. وتضليل الذات أو كذب الشخص على نفسه يمكن أن يشوه استجاباته أثناء التقييم الإكلينيكى ، ويحدث ذلك بطريقتين مختلفتين .

الأولى : تضليل الذات ، وعلى العكس من بقية أنواع التضليل ، فإن هذا النوع يعمل بمثابة منظم(٤) للمزاج ويرتبط بإنكار الأعراض النفسية المرضية (Sackeim and Gur , 1979; Suckeim 1983.) . وتضليل الذات جزء من السلوك اليومى ، وهو يساعد الناس على التغلب على الضغوط والإحباطات فى الحياة ويحمى تقديرهم لذواتهم . و على الرغم من ذلك فعندما يحدث بصورة متطرفة فقد يشوه بشكل خطير الصورة الإكلينيكية التى يحصل عليها المرء فى التقييم الشرعى . وعند الشك فى وجود مستويات مرتفعة من تضليل الذات، فقد يبرهن الاستخبار الذى طوره ساكيم وجور Sackeim and Gur (1979) على أنه مفيد فى الملاحظة الموضوعية .

النوع الآخر من تضليل الذات الذى عادة ماتتضمنه التقارير يرتبط بالتشويه المعرفى، الذى يعد مهمًاعلى وجه الخصوص عند تقييم المعتدين الجنسيين ممن يكون لديهم دائما اتجاه قوى لتبرير سلوكهم الاجرامى ، والتقليل من شأنه، وتقديمه بصورة عقلانية . وقد طورت عدة مقاييس لتقييم هذه الأنواع من التشويه . (Slater , 1988) .

وتعنى الأنواع الأخرى من التضليل أن الناس يكذبون عمدا ، أو يزيفون إجاباتهم على الاختبارات النفسية لكى يخفوا المعلومات او يزيفونها وقد يتراوح ذلك بين التحكم فى الأنطباع (وحيث يحاول الفرد تقديم نفسه فى إطار اجتماعى مفضل) أو يكذب عمدا أو يتمارض كطريقه الهرب من عقاب (مثال ذلك تجنب احتمال التعرض لاتهام جنائى أو سجن) أو للحصول على مكافاه (مثال ذلك تعويض

(1) Faking good .
(2) Faking bad .
(3) Self - and other - deception .
(4) Mood regulator .

مالى فى قضايا إصابات الرأس ، أو قضايا اضطرابات ضغوط مابعد الصدمة) .

ويتعين عند تقييم الحالات لإعداد تقارير للمحكمة أن يكون الأخصائى النفسى على وعى باحتمالية مشاركة المفحوصين سواء كانوا مشتبهًا فيهم أو ضحايا أو شهود فى التضليل . وأكثر أشكال التضليل شيوعا هو دون شك الكذب المقصود الذى يواجهه المرء فى التقييم الشرعى . والتزييف نحو الأسوأ فى الاستجابة على الاختبارات النفسية أكثر ندرة ، غير أنه يحدث فى بعض الحالات ولايسهل اكتشافه دائمًا . وعندما يكون هناك شك فى التزييف أو التمارض ، فعلى الأخصائى النفسى أن يختبر ذلك إلى أبعد حد يستطيعه . وقد اقترحت أساليب عديدة للكشف عن التمارض (Lezak , 1983 ; Gudjonsson and Shackleton , 1986 ; Rogers , 1988) وتعتمد هذه الأساليب أساساً على الفروض ، التى ترى أن المتمارضين : أ) لايعرفون متى يبدأون التزييف لكى يكون مقنعًا . ب) أكثر ميلاً للفشل فى البنود البسيطة بينما ينجحون فى بنود أكثر تعقيدا . جـ) يجدون صعوبة فى الملائمة بين مستوى فشلهم ودرجة شدة الشكاوى التى يدعونها . د) يقعون فى أنواع مختلفة من الأخطاء على الاختبارات أكثر من تلك التى يقع فيها من يعانون من آفات حقيقية . هـ) لديهم معرفة بقدر غير كاف بالأعراض ، التى ترتبط نمطيا بالحالة المعينة التى يدعونها (مثل الذهان ، اضطرابات ضغوط مابعد الصدمة) .

ولسوء الحظ فإن الأساليب التى يوصى بها للكشف عن التزييف أو التمارض غير موضوعية أو علمية إلى حد بعيد . وقد توفر مؤشرات معينة حول احتمال الكذب ، ولكنها تفشل فى تزويد الأخصائيين الإكلينيكيين بأية مؤشرات عن معدلات أخطاء التزييف الإيجابى والتزييف السلبى ، والذى يمكن استخدامه لتقييم احتمال الكذب . والاستثناء من ذلك هو المعادلة التى يوصى بها جودجونسون وشاكلتون -Gud Jonsson an Shackleton (1986) باستخدام اختبار المصفوفات المتدرجة المعيارى لريفن Raven وتطبق المعادلة على نمط أداء الشخص على امتداد المجموعات الخمسة من بنود الاختبار، وتوفر مؤشراً واضحًا لاحتمالية التزييف بناء على معدلات خطأ سلبى وخطأ إيجابى سابقة الإعداد .

تقديم الدليل النفسى :

لايطالب الأخصائيون النفسيون بتقديم الأدلة بانفسهم أمام المحكمة فى أغلب الحالات . ودائمًا مايقبل الجانب المضاد التقارير النفسية ولايطلب مناقشه الأخصائى النفسى فيها لفحصها . وفى حالة ما إذا كانت الأدلة فى غير صالح الدفاع ، فمن الصعب أن يقوم المحامى بتقديم نسخة من التقرير إلى الادعاء، ولن يكون الأخصائى النفسى مطالبا بتقديم دليل . وإذا كانت التعليمات قد صدرت من الادعاء للأخصائى النفسى فسيُقدم التقرير بلا جدال للدفاع ، بغض النظر عما إذا كانت النتائج لصالح الادعاء أم لا . ومن الطبيعى أنه إذا قرر الدفاع الاعتماد على التقرير النفسى فيتعين أن يقدم للادعاء مبكرا قبل بدء المحاكمة ، وقد يطلب الادعاء من خبيره الخاص تقييم التقرير .

وقد يتضمن التقرير النفسى فى بعض الأحيان نتائج لصالح المتهم وأخرى فى غير صالحه فى الوقت نفسه . مثال ذلك قد يثبت أن للمتهم قدرات عقلية ضحلة ، ولكنه يحصل على درجات منخفضة على اختبارات القابلية للإيحاء ، والتى تعنى ضمنا أنه قد يكون قادرا على التعامل بصورة منطقية مع الاستجواب ، على الرغم من القدرات المعرفية المحدودة . وبالمثل قد يوصى الأخصائى النفسى بعلاج بدلا من الحكم بالسجن ، ولكنه يذكر تحفظات حول دوافع المتهم أو حول مآل المرض . وعندما يحدث ذلك قد يطلب ممثلى الادعاء من الأخصائيين النفسيين إلغاء النتائج غير المرغوبة فى التقرير أو يبدلوا التقرير بطريقة تجعله مناسبا بقدر أكبر للمحكمة . ويجب أن لايخضع أى أخصائى نفسى على الإطلاق لإغراء

الخضوع لرغبات ممثلى الادعاء لتبديل التقرير بهذه الطريقة ، التى يمكن أن تسئ توجيه المحكمة . والوقت الوحيد الذى يمكن أن يفكر فيه الأخصائى النفسى فى تبديل التقرير ، هو عندما تكون النتائج أو الصياغة فى حاجة للتوضيح ، أو عندما يحدث خطأ يتطلب تصحيحاً .

والطريقة التى تقدم بها النتائج النفسية فى التقرير ذات أهمية بالغة لفهم المحكمة وتقديرها للتقرير . ويجب تقديم النتائج النفسية بوضوح واحكام . ويجب أن تكون الاستخلاصات والآراء المقدمة مبرهنة وذات علاقة بالقضايا موضوع التقرير . وعندما تقدم النتائج بوضوح وتكون على صلة بالجوانب القانونية قد يقبل الدفاع التقرير دون حاجة لتقديم الأخصائى النفسى لشهادة شفوية . وهو الأمر الذى يحدث عادة . وقد يسقط الإدعاء التهم فى بعض الأحيان بعد تفهم النتائج النفسية وبالأخص فى القضايا الخاصة بإعاقات التعلم والمرض العقلى . وفى خُمس قضايا العدول عن الاعتراف تعين على الأخصائى النفسى أن يقدم الدليل شفاهة فى المحكمة ، و أحيانا وهو تحت القسم ومن خلال الإجراءات القضائية فى الوقت نفسه (Gudjonsson , 1992a) . وتسوى النسبة الكبرى فى أغلب القضايا المدنية التى تتضمن تعويضات خارج المحكمة وبالتالى فنادرا مايشهد الأخصائيون النفسيون بأنفسهم .

ويزود كل من هوارد (Haward (1981 وكارسون (Carson (1990 وكوك Cook (1990)، ولويد – بوستوك (Lioyd - Bostock (1988 الأخصائيين النفسيين بمعلومات مفيدة حول كيفية تقديمهم لأنفسهم ولنتائجهم عندما يشهدون فى المحكمة . ويتضمن ذلك معرفة الفرق بين الخبير وبقية الشهود . ويستطيع الخبراء بعد استئذان الدفاع أن يجلسوا فى المحكمة ويستمعون لبقية الشهود وهم يقدمون الدليل قبل سماع شهادتهم . ودائما مايكون ذلك مفيدا ، لأنه يمد الأخصائى النفسى بالألفة بجلسة المحاكمة ومنحى واستراتيجية الدفاع . وهناك فرق أخر بين شهادة الخبراء وبقية الشهود هو أن الأولين مسموح لهم تقديم أراءهم بالإضافة إلى الدلائل الواقعية ، أما الشهود العاديون فمسموح لهم تقديم الدلائل الحقيقة فقط .

و على الرغم من ذلك ، ينُصح الشهود الخبراء بالتركيز على الحقائق الواقعية وأن يقتصروا فى أرائهم على الدلائل التى يمكن أن تعزز بالاختبارات الإمبريقية (Carson , 1990) .

ويجب أن يكون الأخصائيون النفسيون على وعى بأن المحاكم عبارة عن مواقف رسمية تتبع فيها طقوس وتقاليد معينة . مثال ذلك أن الشاهد الخبير يجب أن يرتدى الملابس الرسمية ويتحدث ببطء ووضوح وثقة ، وحتى عندما يوجه إليه سؤال من أفراد هيئه الدفاع ، فيجب أن يوجه الأخصائى النفسى إجاباته إلى القاضى . ويبدأ الأخصائى النفسى فى تقديم دليله أولا ثم يبدأ بعد ذلك فحص وتمحيص دليله ربما بعد أن تتم إعادة فحص الموضوعات المختلفة التى تبرز أثناء هذا الفحص والتدقيق . وقد يتعرض الأخصائى النفسى عند تقديم دليله لأسئلة فاحصة أو متحدية من الدفاع أو القاضى ويتعين أن يكون الأخصائى النفسى مستعدا دائما من خلال معرفة الحقائق الأساسية فى القضية ، والألفة الوثيقة بالاختبارات المستخدمة فى التقييم وأية وثائق أو أشرطة تسجيل متعلقة . وقد يتم فحص دقيق لأية ملاحظات حصل عليها الأخصائى النفسى أثناء المقابلات الشخصية مع العميل ، ونتائج أيه اختبارات قدمت للمحكمة . ويجب على الأخصائيين النفسيين أن يفكروا بحرص قبل الإجابة على الأسئلة . وإذا تبينوا أن الأسئلة التى تسأل غير منطقية أو يستحيل الإجابة عليها كما هو الحال دائما فى حالة الأسئلة الافتراضية (Tunstall et al ., 1982) فعليهم أن لايترددوا فى التصريح بذلك .

وتقديم الشهادة فى المحكمة خبره مثيرة للتوتر لأغلب الخبراء الشهود ، ودائماً مايكون حضور جلسة المحكمة والاستماع إلى إجراءات المحاكمة قبل تقديم الدليل من الأمور المفيدة . وينخفض التوتر بعد أن يصبح الأخصائى النفسى أكثر خبرة بتقديم الأدلة ، وبالإضافة إلى الحصول على تدريب وخبرة مرضيه فإن أكثر العوامل أهمية للأخصائى النفسى الشرعى هى الاستقامة والتفتح العقلى ، والتقييم الشامل ، والإعداد الجيد والعرض الجيد للدليل .

خلاصة :

أصبح الأخصائيون النفسيون مستقلين عن الأطباء النفسيين ، وهم يتلقون تعليماتهم الآن مباشرة من المدعين العموميين بدلا من اعتمادهم على الإحالات من زملائهم الطبيين . ومن المؤكد أنه يتعين على الأخصائيين النفسيين أن يصروا دائماً على تلقى التعليمات من الادعاء مباشرة .

وينمو بشكل متزايد طلب الخدمة والخبرة من الأخصائيين النفسيين . وقد أوضح حكم محكمة الاستئناف الحديث فى قضية ر. ف. راجيب القبول المتزايد للدليل النفسى فى الهيئة القضائية (Gudjonsson 1992b) وهى القضية التى اشتهرت باسم Tottenham Three وهى موصوفة بالتفصيل فى جودجونسون (Godjonsson , 1992 a ; b) الذى شهد فى محكمة الاستئناف فيما يتعلق بإنجين راجيب Engin Raghip .

References

Bagby, R. M., Nicholson, R. A., Rogers, R. and Nussbaum, D. (1992) 'Domains of competency to stand trial. A factor analytic study', *Law and Human Behavior* 16: 491–507.

Bartol, C. R. and Bartol, A. M. (1987) 'History of forensic Psychology', in I. B. Weiner and A. K. Hess (eds) *Handbook of Forensic Psychology*, New York: John Wiley and Sons.

Blau, T. H. (1984) *The Psychologist as an Expert Witness*, New York: John Wiley and Sons.

Brown, B. (1985) 'The involvement of psychologists in sentencing', *Bulletin of the British Psychological Society* 38: 180–2.

Carson, D. (1990) *Professionals and the Courts. A Handbook for Expert Witnesses*, Birmingham: Venture Press.

Chiswick, D. (1990) 'Fitness to stand trial and plead, mutism and deafness', in R. Bluglass and P. Bowden (eds) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, London: Churchill Livingstone (171–8).

Clark, D. F. (1987) 'Psychological evidence in court', in G. Gudjonsson and J. Drinkwater (eds) *Psychological Evidence in Court*, Issues in Criminological and Legal Psychology 11, Leicester: British Psychological Society (58–64).

Cooke, D. (1990) 'Being an "expert" in court', *The Psychologist* 3: 216–21

Cooke, G. (ed.) (1980) *The Role of the Forensic Psychologist*, Springfield: Charles C. Thomas.

Davies, G. M. (1983) 'The legal importance of psychological research in eyewitness testimony. British and American experiences', *Journal of the Forensic Science Society* 24: 165–75.

Eastman, N. L. G. (1987) 'Clinical confidentiality: a contractual basis', in G. Gudjonsson and J. Drinkwater (eds) *Psychological Evidence in Court*, Issues in Criminological and Legal Psychology 11, Leicester: British Psychological Society (49–57).

Eysenck, H. J. and Gudjonsson, G. H. (1989) *The Causes and Cures of Criminality*, New York: Plenum Press.

Finch, J. D. (1984) *Aspects of Law Affecting the Paramedical Profession*, London: Faber.

Fitzgerald, E. (1987) 'Psychologists and the law of evidence: admissibility and confidentiality', in G. Gudjonsson and J. Drinkwater (eds) *Psychological Evidence in Court*, Issues in Criminological and Legal Psychology 11, Leicester: British Psychological Society (39–48).

Grisso, T. (1986) *Evaluating Competencies. Forensic Assessments and Instruments*, New York: Plenum Press.

Gudjonsson, G. H. (1983) 'Suggestibility, intelligence, memory recall and personality: an experimental study, *British Journal of Psychiatry* 142: 35–7.

Gudjonsson, G. H. (1984a) 'The role of the "forensic psychologist" in England and Iceland', *Nordisk Psykologi* 36: 256–63.

Gudjonsson, G. H. (1984b) 'The current status of the psychologist as an expert witness in criminal trials', *Bulletin of the British Psychological Society* 37: 80–2.

Gudjonsson, G. H. (1984c) 'A new scale of interrogative suggestibility', *Personality and Individual Differences* 5: 303–14.

Gudjonsson, G. H. (1985) 'Psychological evidence in court: results from the BPS survey', *Bulletin of the British Psychological Society* 38: 327–30.

Gudjonsson, G. H. (1986) 'Criminal court proceedings in England: the contribution of the psychologist as expert witness', *Medicine and Law* 5: 395–404.

Gudjonsson, G. H. (1987a) 'The BPS survey and its implications', in G. Gudjonsson and J. Drinkwater (eds) *Psychological Evidence in Court*, Issues in Criminological and Legal Psychology 11, Leicester: British Psychological Society (6–11).

Gudjonsson, G. H. (1987b) 'The significance of depression in the mechanism of compulsive shoplifting', *Medicine, Science and the Law* 27: (171–6).

Gudjonsson, G. H. (1987c) 'A parallel form of the Gudjonsson Suggestibility Scale', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 215–21.
Gudjonsson, G. H. (1990) 'Self-deception and other-deception in forensic assessment', *Personality and Individual Differences* 11: 219–25.
Gudjonsson, G. H. (1991) 'Forensic psychology: the first century', *Journal of Forensic Psychiatry* 2: 129–31.
Gudjonsson, G. H. (1992a) *The Psychology of Interrogation, Confessions and Testimony*, Chichester: John Wiley & Sons.
Gudjonsson, G. H. (1992b) 'The admissibility of expert psychological and psychiatric evidence in England and Wales', *Criminal Behaviour and Mental Health* 2: 245–52.
Gudjonsson, G. H. and Clark, N. K. (1986) 'Suggestibility in police interrogation: a social psychological model', *Social Behaviour* 1: 83–104.
Gudjonsson, G. H. and Gunn, J. (1982) 'The competence and reliability of a witness in a criminal court', *British Journal of Psychiatry* 141: 624–7.
Gudjonsson, G. H. and MacKeith, J. A. C. (1988) 'Retracted confessions: legal, psychological and psychiatric aspects, *Medicine, Science and the Law* 28: 187–94.

Gudjonsson, G. H. and Petursson, H. (1984) 'Psychiatric court reports in Iceland 1970–1982', *Acta Psyciatrica Scandinavica* 70: 44–9.
Gudjonsson, G. H. and Sartory, G. (1983) 'Blood-injury phobia: a "reasonable excuse" for failing to give a specimen in a case of suspected drunken driving', *Journal of the Forensic Science Society* 23: 197–201.
Gudjonsson, G. H. and Shackleton, H. (1986) 'The pattern of scores on Raven's Matrices during "faking bad" and "non-faking" performance', *British Journal of Clinical Psychology* 25: 35–41.
Haward, L. R. C. (1981) *Forensic Psychology*, London: Batsford.
Haward, L. R. C. (1990) *A Dictionary of Forensic Psychology*, Chichester: MediLaw/ Barry Rose.
Heilbrun, K. (1992) 'The role of psychological testing in forensic assessment', *Law and Human Behaviour* 16: 257–72.
Keilin, W. G. and Bloom, L. J. (1986) 'Child custody evaluation practices: A survey of experienced professionals', *Professional Psychology: Research and Practice* 17: 338–46.
Lane, D. A. (1987) 'Psychological evidence in the juvenile court', in G. Gudjonsson and J. Drinkwater (eds) *Psychological Evidence in Court*, Issues in Criminological and Legal Psychology 11, Leicester: British Psychological Society (20–8).
Leng, R. (1990) '*Mens rea* and the defences to a criminal charge', in R. Bluglass and P. Bowden (eds) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, London: Churchill Livingstone (237–50).
Lezak, M. D. (1983) *Neuropsychological Assessment, 2nd edn*, Oxford: Oxford University Press.
Lloyd-Bostock, S. M. A. (1988) *Law in practice. Applications of psychology to legal decision making and legal skills*, Leicester: British Psychological Society.
Loftus, E. (1979) *Eyewitness Testimony*, London: Harvard University Press.
Meehl, P. E. (1954) *Clinical versus Statistical Predictions*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
Mitchell, S. and Richardson, P. J. (1985) *Archbold. Pleading, Evidence and Practice in Criminal Cases, 42 edn*, London: Sweet & Maxwell.
Parker, H. (1987) 'The use of expert reports in juvenile and magistrates' courts', in G. Gudjonsson and J. Drinkwater (eds) *Psychological Evidence in Court*, Issues in Criminological and Legal Psychology 11, Leicester: British Psychological Society (15–19).
Rogers, R. (ed.) (1988) *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, New York: Guilford Press.
Sackeim, H. A. (1983) 'Self-deception, self-esteem, and depression: An adaptive value of lying to oneself', in J. Masling (ed.) *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories, Vol. 1*, London: Lawrence Erlbaum Associates 101–57.

Sackeim, H. A. and Gur, R. C. (1979) 'Self-deception, other-deception, and reported psychopathology', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 213–15.

Sartory, G., Rachman, S. and Grey, S. J. (1977) 'An investigation of the relation between reported fear and heart rate', *Behaviour Research and Therapy* 15: 435–8.

Salter, A. (1988) *Treating Child Sex Offenders and Victims. A Practical Guide*, London: Sage.

Sawyer, J. (1966) 'Measurement and prediction, clinical and statistical', *Psychological Bulletin* 66: 178–200.

Tunstall, O., Gudjonsson, G., Eysenck, H. and Haward, L. (1982) 'Professional issues arising from psychological evidence presented in court', *Bulletin of the British Psychological Society* 35: 329–31.

Weiner, I. B. and Hess, A. K. (1987) *Handbook of Forensic Psychology*, New York: John Wiley and Sons.

الفصل السابع والثلاثون

منهج دراسة الحالة المفردة
في العلاج النفسي

Single - Case methodology in Psychological therapy

Stephen Morley ستيفن مورلى

الفصل السابع والثلاثون

منهج دراسة الحالة المفردة فى العلاج النفسى

ستيفن مورلى Stephen Morley

مقدمة :

رسخت الآن تماما مناهج دراسة الحالة المفردة فى علم النفس الأكلينيكى . ومن المؤكد أن أحد مقاييس رسوخها هو الاهتمام المتزايد بتاريخها (مثال ذلك :Miller , 1990) . ولهذة المناهج تأثير بالغ فى تطور العلاج السلوكى فى الخمسينيات (Eysenck , 1964) . ويدافع شابيرو Shapiro) (1963 عن منهجية بحوث الحالة المفردة باعتبارها الإجراء المختار لفحص الظاهرة الاكلينيكية . وفى الوقت الذى كان شابيرو وزملاؤه يجرون فيه العديد من فحوص الحالة المفردة ; Shapiro , 1963) (1966 كان تطور التحليل التطبيقى للسلوك هو الذى أدى فى أمريكا الشمالية إلى مجموعة النماذج التجريبية الاساسية . وقد قام بير و زملاؤه (1968) Baer et al . بتوثيق ذلك فى ورقة ، قدمت إلى حلقة بحثية . ومنذ ذلك الوقت تطورت مناهج دراسة الحالة المفردة ، واتسمت بالإحكام : اتسعت التصميمات التجريبية . وجرى التفكير فى عدد كبير من مناهج التحليل الإحصائى للبيانات ، وامتدت المناهج إلى الطب محققة بعض النجاح (Johannessen , 1991) ويتوفر الآن عدد من النصوص العديدة الممتازة ، التى تغطى المجال بالتفصيل . ويتعين على أى شخص يفكر فى استخدام مناهج الحالة المفردة بتوسع أن يرجع إلى واحد ، منها ، Barlow and Hersen , 1984 ; Kazdin) 1982 ; Kratochwill , 1978 ; Kratochwill and Levin , 1992 ; Johnson and Pennypaker , 1980)

والهدف من هذا الفصل هو الإحاطة بمنطق مناهج الحالة المفردة وتوفير مراجعة لاستخدامها فى فحص العلاجات النفسية . وقد استخدم العديد من الأمثلة من العلاج النفسى السلوكى ، غير أنه يمكن استخدام هذة المناهج لفحص أشكال العلاج الاخرى Perry et al ., 1986 ; Fonagy and Moran) , 1990)

صدق التجارب :

طورت المناهج التجريبية للتخلص من الفروض المتنافسة ظاهريا ، والتى قد تفسر سلسلة من الملاحظات ، ولكى تمكن الباحثون من القيام باستنباطات صادقة من البيانات المتاحة . وقدم كيمبل وزملاؤه (Campbell and Stanley , 1966 ; Cook and Campbell , 1979) وصفًا تفصيليًا

للتصميمات التجريبية وشبة التجريبية [1] ، و على الرغم من أن مناقشتهم ركزت على المقارنات التقليدية بين المجموعات ، إلا أن المبادئ الأساسية لوصفهم التفصيلى ، يمكن أن تشمل التجارب التى تتم على الحالات المفردة . ويفصل كيمبل التهديدات التى يمكن أن تتعرض لها التفسيرات الصادقة إلى أربع مجموعات :

* الصدق الداخلى [2] ، وهو يصف العوامل المتعلقة بالتصميم ، وكيفية تنفيذ دراسة معينة يمكن أن توفر بدائل متنافسة تفسر نمط النتائج . وتمنع هذة العوامل المرء من استخلاص أن التدخل كان مسئولا عن التغير الذى حدث ، ومواجهه تهديدات الصدق الداخلى مهمة أولى للباحث والأخصائى الأكلينيكى المهتم بالحالة المفردة .

وستناقش التهديدات الرئيسية فى هذا الفصل .

* الصدق الخارجى [3] ويتعلق بمدى صدق النتائج ،التى يمكن الحصول عليها من دراسة معينة، بالنسبة لمفحوصين ومعالجين ومواقف أخرى .

* صدق الاستخلاصات الإحصائية [4] ، والتى تتحدد بما إذا كانت خصائص التصميم والعينة فى الدراسة ملائمة لأهدافها .

* صدق التكوين [5] ، والذى يهتم بالتفسيرات النظرية التى يمكن الخروج بها من البيانات . ويهتم الباحثون فى الكثير من البحوث القائمة على مجموعات بالعلاقة بين تكوينين مثال ذلك الوضع الصحى وممارسة الرياضة ، وعادة مالايمكن الخروج بعلاقة كهذة من مقياس مفرد ، ودائما ماتستخدم مقاييس متعددة ، وتفحص العلاقة بين المكونات المختلفة للسبب والنتيجة المفترضة . وفى أغلب دراسات الحالة المفردة ، يهتم الاخصائيون النفسيون الأكلينيكيون والباحثون بمتغيرات محكية [6] ،مثل :عدد نوبات الهلع ، تكرار مرات تشوية الذات ، ويتم معالجة المتغيرات السببية . ودائما مالاتجرى مناقشة القضايا المتعلقة بصدق التكوين . غير أن التحليل الدقيق للمفاهيم التى تقوم عليها المقاييس وأساليب التدخل هما ، مما يتعين القيام به (انظر علي سبيل المثال : Youelland Mccullough, 1974)

ويجب أن نضيف للتهديدات الخاصة بصدق هذة التفسيرات تهديدين آخرين مهمين:

* بدائل السياق المعيارية [7] وحيث يوجد فى أى مجال من مجالات الدراسة أنماط معروفة من الفروض البديلة ، التى يمكن تقديمها لتفسير البيانات ، ويوجد اثنان من مثل هذة البدائل فى حالة العلاج النفسى ، هما : توقعات نجاح العلاج ، والتأثير العام للعلاج الزائف [8]. وهناك الآن إجراءات معروفة لتصميم طرق ، تأخذ مثل هذة النتائج فى الاعتبار عند التفسير .

---

(1) Quasi - experimental .
(2) Internal Validity .
(3) External Validity .
(4) Statistical Conclusion Validty .
(5) Construct Validdity .
(6) Criterion Variables .
(7) Standard Contextual alternatives .
(8) Placebo effect .

* البدائل غير المعيارية وهى التفسيرات البديلة ، التى يكون الباحث شغوفًا بها تمامًا، وهى تتضمن المقارنة بين نظريتين متنافستين .

خصائص تجارب الحالة المفردة

تحاول مناهج الحالة المفردة التغلب على هذة التهديدات للصدق ، لتمكن الباحثين من القيام بتفسيرات للبيانات تتسم بالصدق من خلال الفحص النظامى لحالات مفردة . و على الرغم من ذلك فهناك عددا من الخصائص التى تتسم بها هذة المناهج ، ورغم أنها لاتقتصر عليها فقط ، إلا أنها تظهر دائما من خلالها على وجة الخصوص .أولاً كان التطور الأصلى لمناهج تجارب الحالة المفردة نتاجًا لمنحى فى الفحص ، مختلف عن المنحى التقليدى لتصميمات الفروق بين الأفراد (Johnson and Pennypacker , 1980 ; Sidman , 1960) ، وأكثر الخصائص الرئيسية وضوحًا لهذا المنحى من منظور أكلينيكى ، هى أن البيانات يمكن أن توجة تجارب الحالة المفردة . وتصمم التجربة وفقًا للطريقة التى تجمع وتحلل بها البيانات . وهناك عقوبات يتعين الخضوع لها فى مثل هذا المنحى . مثال ذلك احتمال فقدان التحكم فى التجربة ، وعلى المرء أن يعطى اهتمامًا زائداً لأسباب إحداث تغييرات فى كل نقطة أثناء التجربة (Morley , 1987 ; 1989) . وللمرونة المتأصلة فى تجارب الحالة الفردية فى فحص ظاهرة ما جاذبية كبيرة لدى الاخصائيين الأكلينيكيين، ممن يرغبون فى تعزيز قابلية أعمالهم للتفسير .

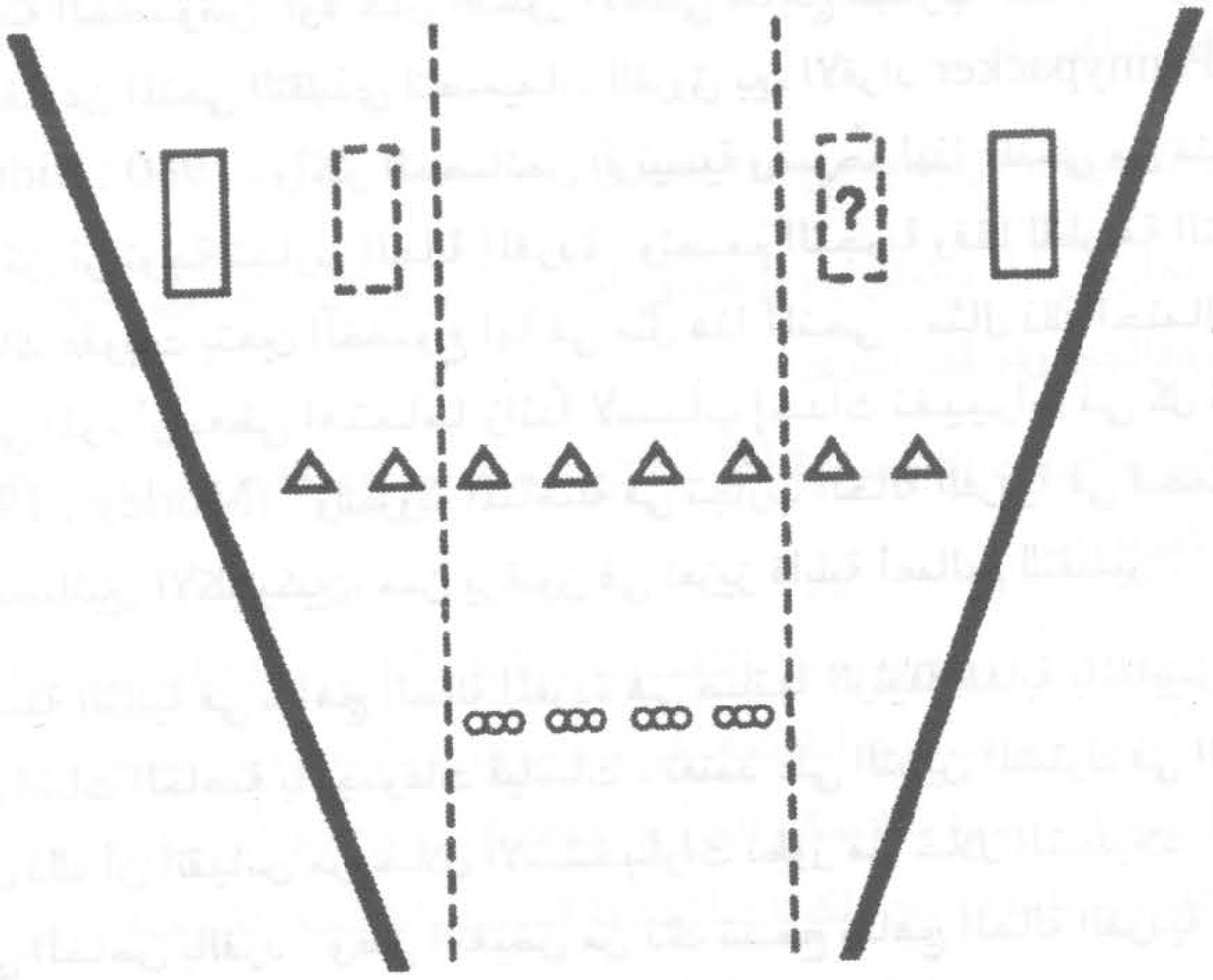
الخاصية الثانية فى مناهج الحالة المفردة هى صلتها الوثيقة للغاية بالمقاييس الذاتية (1). وعادة ماتستخدم الدراسات الخاصة بالمجموعات قياسات ، تعتمد على التباين المشترك فى القياس (Shapiro , 1975) مثال ذلك أن القياس من خلال الاستخبارات تطور من خلال التحليلات العاملية، التى تهمل التباين النوعى الخاص بالفرد . وعلى النقيض من ذلك تسمح مناهج الحالة الفردية للفاحص باستخدام المقاييس ذات العلاقة الوثيقة بالحالة الفردية ، على وجة الخصوص . وقد يتضمن ذلك قياسات باستخدام الاستخبارات الشخصية لحالة فردية (Philips , 1986 ; Shapiro , 1961) وحيث تشير التكرارات لأشكال سلوكية معينة على وجة الخصوص ، أو لتنوع لقياسات أخرى (Cone , 1988) .

ويعتمد الاختيار الدقيق لمقياس ما على اهداف البحث وعلى الخصائص السيكومترية والقياسية بين المقاييس المتاحة ، وعلى المعوقات العملية للقيام بالقياس ، مثال ذلك أن الكثير من المقاييس السيكومترية الشهيرة الصادقة مثل بطارية بيك للاكتئاب (Beck et al ., 1961) ، لم تصمم لكى يتكرر تطبيقها على امتداد فترة قصيرة من الوقت؛ فطولها وخصائصها يجعلانها غير ملائمة لهذا الغرض . وعلى الرغم من ذلك ، يمكن استخدامها لتتبع حل مشكلة عبر فترات طويلة من الوقت . أما المقاييس الاخرى مثل اختبارات الشخصية وقوائم الصفات القصيرة فتعد أكثر ملاءمة لتكرار تطبيقها . وقد أوضح مورلى (Morley (1989 أسلوبا قُمعي الشكل للقياس – التقييم بوصفة استراتيجية للقياس ، تستخدم للحالات الفردية (انظر شكل ١ – ٣٧) .

الخاصية الثالثة فى مناهج الحالة الفردية هى الاعتراف بالتباين فى السلوك (بما فى ذلك الحالة الذاتية) للفرد نفسة . أما المناهج الخاصة بالمجموعات فدائمًا ماتحجب ذلك ، وتقوم « بتنظيف » التذبذبات فى سلوك الفرد من خلال تجميع البيانات . وتقدم مناهج الحالة المفردة طريقة لفحص التذبذب فى السلوك على مدى الزمن . ويتعين تقييم آثار الأساليب العلاجية مقابل هذا التذبذب . ويعد التركيز على هذا التغاير من الأمور المشكلة فى بعض جوانبة ، إذ دائما مايحتاج المرء فى السياق الأكلينيكى لقياس

(1) Ipsitive .

التغاير فى السلوك للحصول على مؤشرات حول الأحداث التى تتحكم وتتوسط المشكلة . ودائمًا مايكون من الصعب صياغة وفهم المشكلات الأكلينيكية التى تبدو ساكنة ومستعصية على التأثير . وكما يذكر جونسون و بينيبيكر Johnson and Penneypacker) فإن التغير هو « نافذة يمكن من خلالها ملاحظة نشاط العلاقات الأساسية العاملة » (Johnson and Penneypacker , 1980 : 70) وتقييم بيانات الحالة المفردة ، من ناحية أخرى ، أيسر بكثير عندما يكون هناك تباين ضئيل خلال المراحل التجريبية المختلفة فى الدراسة .



شكل (١– ٣٧) : شكل قمعي للقياس – التقييم .

يعرض الشكل استراتيجية عامة لأختيار مقاييس في دراسات تجارب الحالة المفردة، والمقاييس المعيارية / الكلية هي تلك المقاييس ، التي طورت علي مجتمعات معروفة والتي تتوفر عليها بيانات معيارية ملائمة . وهي تتضمن مقاييس مثل بطارية بيك للاكتئاب ومقياس الـ Scl- gor ،. ومثاليًا يتعين أن توجد معايير للجماعات الأكلينيكية المختلفة . وبصفة عامة يتعين تطبيق هذة المقاييس مرتين أو ثلاث فقط : خلال مرحلة التقييم ، في نهاية العلاج ، وعند المتابعة . أما مقاييس الأهداف الفردية فهي تلك المقاييس ، التي تشير أو تحدد شكوي العميل المعينة ، وعادة ماتكون ذاتية وتطور من أجل مريض معين . والأمثلة الدقيقة لها ، مقاييس حساب تكرار السلوك ، واستخبارات الشخص التي تقيس وتقدر الحالات الذاتية . ويمكن تكرار تطبيق هذة المقاييس ، خلال مرحلة خط الأساس ، وحالات أو ظروف العلاج . وعادة ماتكون الخصائص السيكومترية لها هي التي تتعلق بثبات مابين المقدرين والاتساق الداخلي للقياس ومقاييس العمليات تطبق بتكرار أكبر مقارنة بمقاييس الأهداف الفردية . ويتعين أن يستخدمها الفاحص لتتبع التغيرات من خلال موقف واحد . مثال ذلك أن يتابع المعالج شدة الألم اثناء انخراط العميل في تمرين علي التخيل . ومن المعتاد تمامًا أن تكون مقاييس العمليات سريعة وكثيرة الأخطاء .

المصدر : معاد نشرها بتصريح من مورلي Morley (1989)

ويأخذ الباحثون الألم الشديد فى الظروف المعملية ، وفى المواقف الميدانية المستنبطة بطريقة اصطناعية كمثال على أن البيئة تظل ثابتة بقدر الإمكان ، وأنه لاتوجد أية آثار دخيلة خارج التحكم ، وهو أمر غير ممكن فى عديد من المواقف الإكلينيكية . ويتعين على الباحثين التفكير فى تحليل التباينات من

خلال الأساليب البيانية أو الإحصائية (Morley and Adams , 1989 ; 1991)

ويمكن استخدام تصميمات الحالة المفردة لعدد من الأغراض ، وقد عبر عدد من الكتاب عن الأمل فى تبنى الأخصائيين الاكلينيكيين لها كجزء من الممارسة الروتينية (Salkovskis , 1984) ، وهو هدف لايمكن تحقيقة بالنسبة للأخصائى الأكلينيكى المشغول ، فتطوير خطط لجمع البيانات والقيام بتجارب حالة مفردة عمل مستهلك للوقت دون شك . غير أنه من الممكن رغم ذلك إدماج جوانب من تجارب الحالة المفردة فى العمل الأكلينيكى اليومى ، مثل تقييم العميل باستخدام مقاييس مقننة عند مراحل أساسية (قبل وبعد العلاج) ويمكن عندئذ للأخصائى الأكلينيكى تطوير مجموعة ملائمة من المقاييس ، ونشر إجراءات معيارية لجمع البيانات ،بمجرد أن يتوفر لة الحصول على مجموعة كبيرة من العملاء لديهم مشكلة معينة . ويمكن فى مثل هذة الحالات استخدام تصميمات الحالة المفردة البسيطة لتطوير سلسلة معلومات الحالة (Ow-ens et al ., 1989) . وربما تكون أفضل الاستخدامات ملائمة لمناهج الحالة المفردة ، فى إطار الممارسة الأكلينيكية ، هى فحص المشكلات غير المعتادة ، وعرض تطور أساليب العلاج الجديدة . وأخيراً يمكن استخدام أساليب الحالة المفردة كأستراتيجية بحثية مختارة لمشكلات معينة ، وتوفر هذة المناهج طرقًا بالغة الفعالية لفحص أساليب العلاج الجديدة ، ويمكن إدماجها فى عناصر التصميمات البحثية التقليدية للمجموعات ؛ لتوضيح المشكلات الأكلينيكية (مثال ذلك :Mcknight et al ., 1984)

ستة أسئلة للأخصائى الأكلينيكى الممارس

أسئلة حول صياغة الحالة

يجب دائمًا أن يسبق التدخل العلاجى صياغة أكلينيكية للحالة ، أما كيف يقوم الأخصائيون الأكلينيكيون الآن بمثل هذة الصياغة فما زال ذلك من الأمور غير الواضحة . وتتطلب أغلب مدارس العلاج النفسى أن يكون الفرد مفهومًا فى ضوء مفاهيمها الارتقائية التاريخية ، وتأثير البيئة الاجتماعية الراهنة على سلوكة . ويتم الحصول على الكثير من البيانات ذات العلاقة، من خلال المقابلة الشخصية مع العميل ومع آخرين (الأسرة أو فريق العناية) ومن فحص السجلات المتوفرة ، ومن خلال الملاحظة المباشرة . وقد يقوم الأخصائى الأكلينيكى بوضع أحكام حول التأثيرات الشبيهة من خلال قياس مدى تشابة العميل المعين مع آخرين ،سبق لة فحصهم ولديهم المشكلة نفسها ، وقد يحاولون تعريف العلاقة بين حدوث المشكلة والدلالة الاحتمالية لاحداث الحياة ، وقد يستخدمون أساليب بعد النظر أو أساليب الملاحظة غير المباشرة لتحديد التباين المشترك بين الأحداث الجارية وجوانب المشكلة السلوكية . و على الرغم من أن الملاحظة غير المباشرة (١) ليست منهجًا تجريبيًا فإن جوانب المنهج التجريبى يمكن أن تستخدم لتوضيح العلاقة بين المتغيرات موضوع الاهتمام . وأكثر التصميمات ملاءمة هو التقييم الذى يجعل التباين المشترك بين المقدمات والمترتبات والمشكلة المستهدفة واضحًا . وبصفة عامة فإن الناس ، بما فيهم الأخصائيون الاكلينيكيون ، أضعف قدرة فى الواقع على الكشف عن التباين المشترك . وقد يكون أحد أسباب ذلك هو أنهم لايمنحون قياس التباين المشترك التقدير الكافى ، حتى فى حالة التوافق البسيط ،الذى يأخذ صورة جدول ٢ × ٢ (Nisbett and Ross , 1980) ويعد هذا الجدول أداة قيمة؛ لأنة يجبر الشخص على التفكير فى الحالات السلبية . ويبين جدول (١ – ٣٧) كيف يساعد استخدام جداول التوافق على صياغة مشكلة العميل . وقد جمعت بيانات هذا الجدول من مريضة خوافية من الأماكن المفتوحة (السيدة ك) التى ذكرت مخاوفها من الخروج ، وقد طُلب من السيدة ك أن تحتفظ بدفتر يوميات، تسجل

(1) Passive Observation .

فيه متى تحدث نوبات الهلع والأحداث المصاحبة لها . ويشير الصف أ من (جدول ١ - ٣٧) إلى أنه كان هناك أسبوع واحد فقط ، ارتبط بوجودها خارج البيت وحدوث نوبة هلع . وقد أظهر تحليل مضمون تفصيلى لدفتر يوميات السيدة ك وجداولها التالية أن الحدث المهم المحفز لمخاوفها ،هو على مايبدو نوع من التفاعلات الاجتماعية التوكيدية (انظر جدول (ب)) ، وكان من الواضح أيضًا من اليوميات أن الاستجابات التوكيدية كانت مطلوبة على مايبدو فى المنزل ، وليس مجرد ارتباطها بكونها خارجة (انظر جدول (جـ)) . وقد قدم شابيرو (1966) Shapiro مراجعة لعدد متنوع من الأوصاف الأكلينيكية ، التى تنطبق على حالات مفردة بهذا الأسلوب (مثال ذلك : Metcalfe , 1956) .

وقدم ميك ولالى (Mace and Lalli (1991 مثالاً ممتازاً لكيف يعزز التحليل التجريبى وصف تحليلى، يقوم على ملاحظة سلبية للمشكلة . وللتحليل التجريبى خاصيتان أساسيتان ، الاولى : أن ترتيب المعالجات مخطط بحيث تتوازن خصائص مثل الوقت من اليوم وعدد المرات ، التى تسبق وتتلو بة بعضها البعض ، وهى ثانيًا تطبق بشكل مستقل عن سلوك الفرد ، مالم تكن هناك أسباب أخلاقية تجعل من غير الممكن تطبيقها فى مواقف معينة . وكان ميتش Mitch مريض ميك ولالى Mace and Lalli فى السادسة والأربعين من عمره ، ولديه صعوبات تعلم متوسطة ، ويعيش فى مؤسسة ذات تيسيرات معينة . وقد لوحظ أن ميتش يستخدم بعض التعبيرات المُغربة ، وقام ميك ولالى فى البداية بملاحظة ميتش أثناء تحركة حول السكن ، وقاما بتسجيل الأحداث التى تسبق حديث ميتش والمترتبات . وقد أوحى هذا التحليل المبدئى بفرضين : ١) أن حديث ميتش يدعمة إيجابيًا توجية فريق الرعاية عنايتهم لة ، أو ٢) أن حديثة المُغرب يتدعم سلبيًا نتيجة توقف فريق الرعاية عن تعليمة مهارات الحياة المستقلة ، أو بانسحاب ميتش من أداء المهام المحددة لة . وقد اختبر ميك ولالى هذة الفروض بتنظيم أربعة ظروف تختلف من حيث المهام

جدول (١- ٣٧) قياس التباين المشترك بين نوبات الهلع والأحداث الأخرى

(انظر النص لتفاصيل اخرى)

جدول (أ) يبين الارتباط (نقص) بين المكان وحدوث نوبات الهلع (أ) .

	فى المنزل	خارج المنزل
نوبات هلع	٨	١٤
عدم وجود نوبات هلع	٢٩	٢٩

جدول (ب) يبين الارتباط بين خصائص الموقف الاجتماعى وحدوث الهلع (ب).

	توكيدية مطلوبة	لايوجد طلب للتوكيدية
هلع	١٩	٣
لاهلع	صفر	٥٨

جدول (جـ)يبين أن التوكيدية مستقلة عن المكان (جـ).

	توكيدية مطلوبة	لايوجد طلب للتوكيديه
فى البيت	٨	صفر
خارج البيت	١١	٣

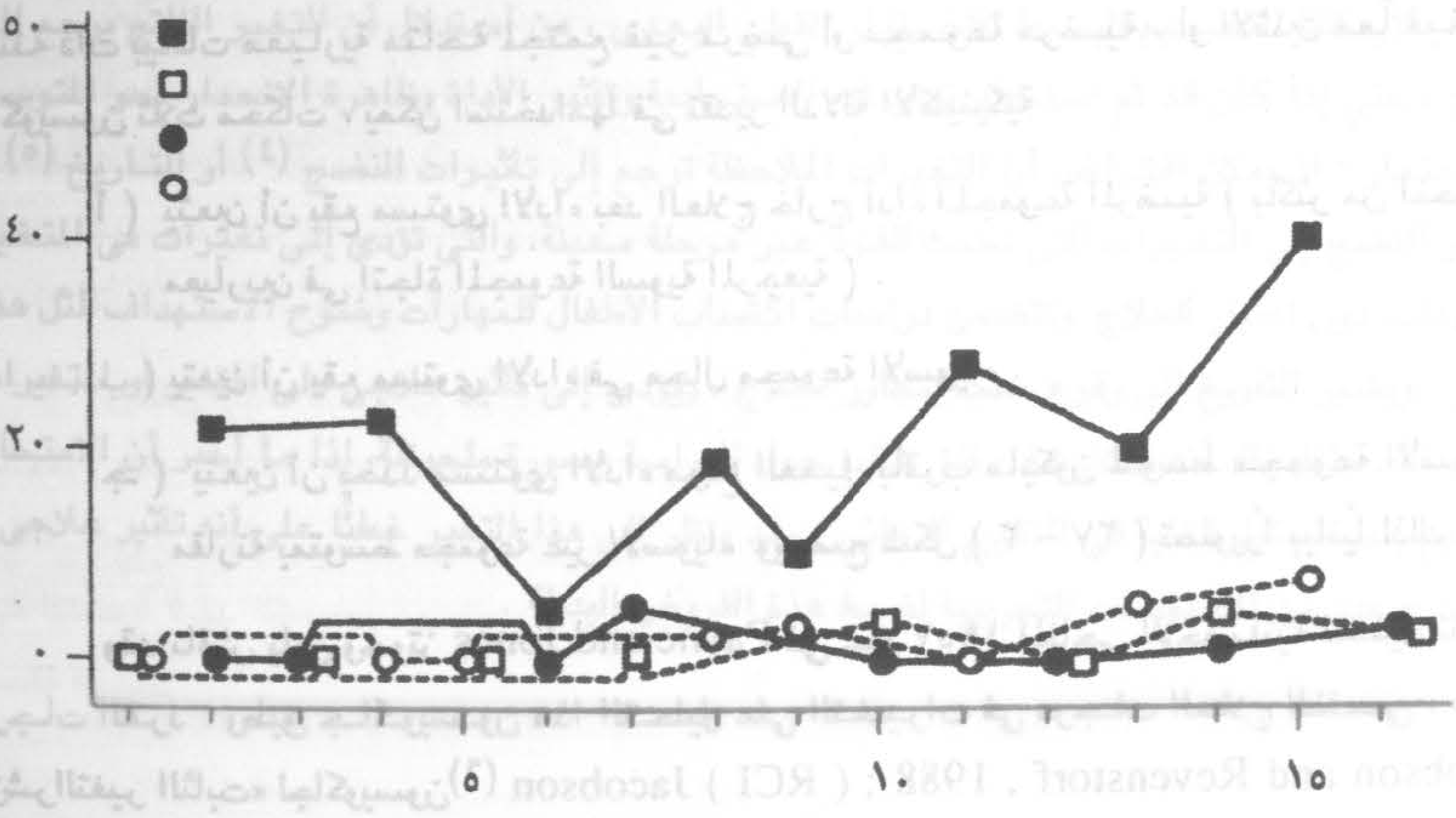
المطلوبة والمتربتات المتعلقة بالتفاعل الاجتماعى ، وكانت تختلف بطريقة نظامية مضبوطة ، مع تسجيل سلوك ميتش فى الوقت نفسة ، ويمكن مشاهدة نتائج هذة التجربة فى شكل (٢ - ٣٧) ، وقد أدى تحليل هذة البيانات إلى تصميم نوعين من التدخل ، حيث كان ميتش يتلقى فى الأول انتباها بناًء على قائمة

متغيرة الوقت دون اعتبار لسلوكه ، وتدرب ميتش فى الثانى على كيفية بدء ومواصلة المحادثة التى تعزز التفاعل الاجتماعى مع الآخرين ، وقد أدى ذلك إلى النجاح فى خفض حديث ميتش المغرب وزيادة مرات تكرار بدئه محادثة الآخرين .

أسئلة بسيطة حول نتائج العلاج : "هل تحسن العميل"

أكثر الأسئلة أهمية لكل من العميل والأخصائى النفسى على السواء ،هو السؤال عما إذا كان العميل قد شفى أو تحسن أم لا ، و لندع جانباً السؤال حول ما إذا كان أى تغير على مقياس يرجع فى الحقيقة إلى العلاج . والحد الأدنى من متطلبات التصميم لتقرير التحسن هو استخدام مقاييس للتدخل « قبل وبعد العلاج » ، غير أن أى تغير قد يكون راجعاً لعدم ثبات القياس ، ويتعلق ذلك بقضية الصدق الداخلى للدراسة .

والاختبار (١) هو المسمى العام للتأثيرات ، التى يمكن أن تحدث عندما يقاس المفحوصين مرات متكررة . ويحتمل أن يبين كل قياس تأثيرات نوعية مختلفة فى الاختبار؛ فدرجات نسبة الذكاء والذاكرة تميل لإظهار آثار التدريب . وحيث يتعلم الناس كيف يزيفون نحو الأحسن أو الأسوأ فى اختبارات الشخصية وقوائم الأعراض . وقد تكون المقاييس استجابية (٢) أيضاً . ولذا فإن عملية القياس ذاتها تؤدى إلى تغيرات جوهرية فى سلوك المفحوص ، وعادة ماتنخفض الاستجابية مع الوقت (انظر لأمثلة عكسية : Rosenberg and upper, 1983) وبهذا فإن التغيرات بين ظرفين قد لاترجع إلى تغير حقيقى ولكن لمجرد الانخفاض فى الاستجابية . والاستجابية خاصية جوهرية فى الملاحظة السلوكية ، غير أنه عادة مايمكن التخلص منها ، من خلال إعادة الاختبار، والذى يتوقع أن يستقر بعد بعض الوقت ، أو باستخدام تسجيلات لقياسات تخلو من هذة الإعاقة ، وقد تكون التغيرات فى المقاييس راجعة أيضًا إلى أداة القياس (٣).



شكل (٢ - ٣٧) : أداء ميتش تحت أربعة ظروف .

المصدر : إعادة نشر بتصريح من **Mac and Lalli (1991)**

ويتضح من الشكل ان الظرف الذي تلقي فيه ميتش عدم تأييد اجتماعي لحديثة المغرب ارتبط بزيادة في مستويات الحديث.

---
(1) Testing .
(2) Reactive .
(3) Instrumentation .

ويشـير ذلك إلى التغيرات فى معايرة [١] أداة القياس ذاتها . والمثال على هذا هو انحراف الملاحظ [٢] ، والذى يحدث عندما يغير الملاحظ من محكات الكشف عن سلوك معين أو تسجيلة أثناء الدراسة (Kent and Foaster , 1977) ، ويكون الملاحظون فى هذة الحالة بمثابة أداة الملاحظة . وقد يستمر اتساق التقدير من خلال المراجعات المتكررة للملاحظ ، التى يقوم بها محكمين مستقلين . ومقاييس التقدير الذاتى لشدة الأعراض هى الأخرى عرضة لتأثيرات الأداة ، وبالأخص إذا لم تجر أية محاولة للتأكد من أن المقاييس تتسم بمسافات متساوية بين درجاتها . ويمكن للحساسية الفارقة على امتداد المقياس أن تؤدى إلى مشكلات سقف [٣] وأرضية [٤] التأثير . مشكلة أخيرة ترجع إلى تكرار القياس ، هى الانحدار الإحصائى [٥]. فإذا استخدم أحد الفاحصين اختباراً غير مطلق الثبات ، فإن أى درجة عليه ستكون مجرد تقدير للدرجة الحقيقية . وبتكرار الاختبار ستتغير درجات الشخص ، فإذا كانت درجاتة الأولى فى أحد طرفى المقياس ، فستميل الدرجة فى الاختبار الثانى نحو متوسط المقياس لأسباب احصائية خالصة . وعند استخدام استخبارات مقننة فى التصميمات البحثية « قبل وبعد » فإن تأثير إعادة القياس يمكن تقديرة إذا كان معامل ثبات إعادة الاختبار جزءاً من عملية التقنين . ويتعين أن يكون الباحثون على يقين منذ البداية أن التقنين تم على المجتمع نفسة الذى سحب منه عميلهم ، وأنة لم يحدث علاج بين الاختبار وإعادته فى المجتمع المعيارى ، وأن الفترة بين الاختبار وإعادة الاختبار مشابهه لتلك المستخدمة ، بالنسبة للحالة المفردة . فإذا تحققت هذة الشروط ، يصبح من الممكن استخدام معامل اعادة الاختبار فى معادلة للانحدار للتنبؤ بأين ستقع درجة الفرد بعد العلاج ، إذا لم يكن قد تلقى علاجاً .

تحليل تغيرات ماقبل ومابعد العلاج

اقترح جاكوبسون وزملاؤة (Jacobson and Revenstorf , 1988 ; Jacobson and Truax, 1991) محكات لتقييم الدلالة الأكلينيكية للتغيرات فى العلاج النفسى ، فإذا أكمل الأفراد مقاييس مقننة ذات بيانات معيارية متاحة لمجتمع غير مرضى أو مجموعة مرضية ، أو الاثنين معاً فيقترح جاكوبسون ثلاث محكات ، يمكن استخدامها فى تقدير الدلالة الأكلينيكية .

أ) يتعين أن يقع مستوى الأداء بعد العلاج خارج أداء المجموعة المرضية (بأكثر من انحرافين معياريين فى اتجاة المجموعة السوية المرجعية) .

ب) يتعين أن يقع مستوى الأداء فى مجال مجموعة الأسوياء .

جـ) يتعين أن يحدد مستوى الأداء موقع العميل باقرب مايكون لمتوسط مجموعة الأسوياء ، مقارنة بمتوسط مجموعة غير الأسوياء .ويوضح شكل (٣ - ٣٧) تصويراً بيانياً لذلك .

وقد ناقش باين وجونز Payne and Jones فى عام ١٩٥٧ المناحى الإحصائية لتحليل تغيرات درجات الفرد . وطبق جاكوبسون هذا التحليل على التغيرات فى درجات العلاج النفسى . «ويعد مؤشرالتغير الثابت» لجاكوبسون[٦] Jacobson (RCI) (Jacobson and Revenstorf , 1988 ;

---

(1) Calibration .
(2) Observer drift .
(3) Ceiling .
(4) Floor .
(5) Statistical regression .
(6) Jacobson's Reliable Change Index (RCI) .

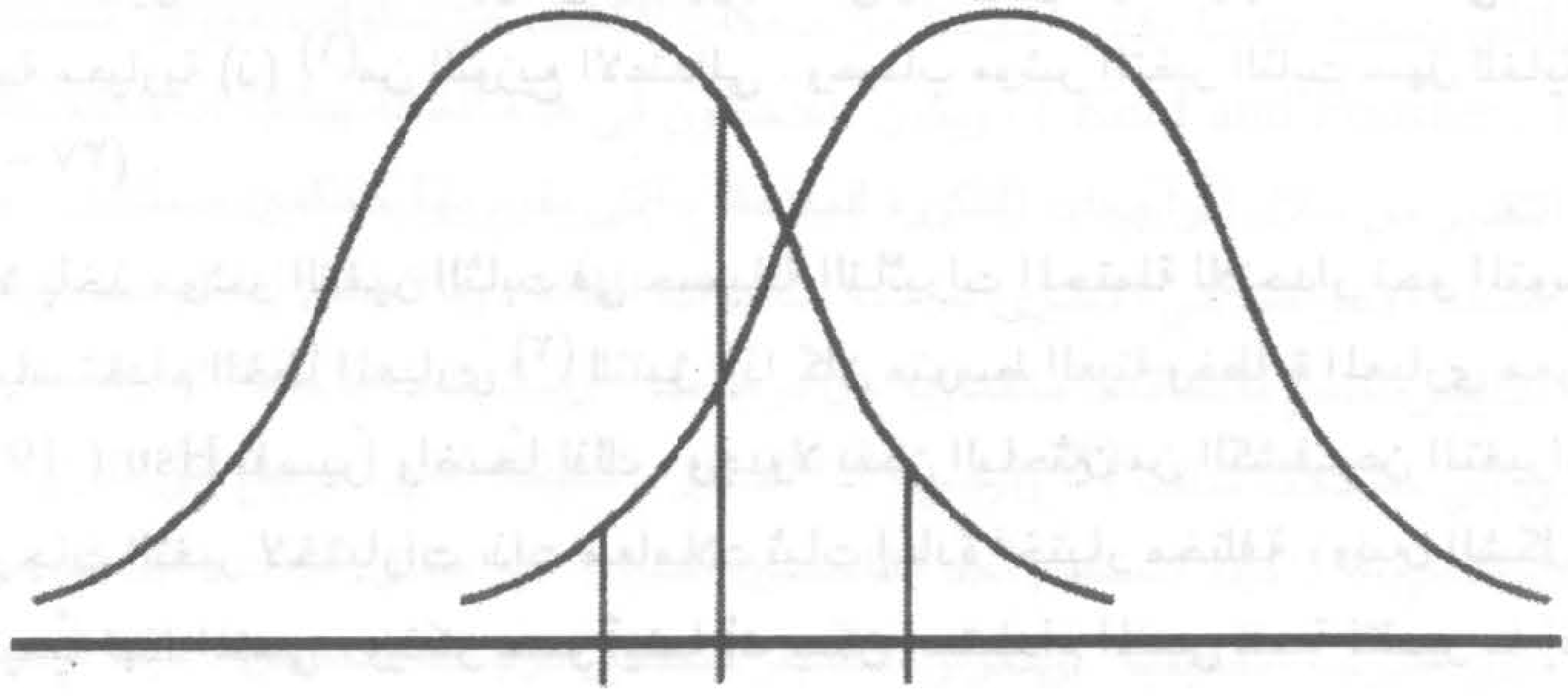
and Truax , 1991) مقياساً إحصائياً لما إذا كان العميل قد تحسن أم لا . ويحدد مؤشر التغير الثابت ما إذا كانت التغيرات الملاحظة أكبر من التغيرات التى يمكن توقعها نتيجة للخطأ فى القياس . وهى أساساً درجة معيارية (ذ) (١)من التوزيع الاعتدالى . وحساب موشر التغير الثابت سهل للغاية ، ويوضحة جدول (٢ - ٣٧) .

ولا يأخذ موشر التغير الثابت فى حسبانة التأثيرات المحتملة للانحدار نحو المتوسط ، ويمكن تحليل ذلك باستخدام الخطأ المعيارى (٢) للتنبؤ ،إذا كان متوسط العينة وخطاءة المعيارى معروفًا . ويقدم هسو (Hsu (1989 تفسيراً واضحًا لذلك ، وجدولا يمكن الباحثين من الكشف عن التغيرات الجوهرية لمدى من درجات التغير لاختبارات ،ذات معاملات ثبات إعادة اختبار مختلفة ، ويبين الشكل (٢ - ٣٧) مثالاً توضيحياً لهذا المنحى . ويذكر هسو أيضا أنه يمكن استخدام المنحى نفسة لتقدير ما إذا كان هناك تدهور أم لا فى حالة العميل يتسم بالثبات (Ibid .) . وبينما يحتمل أن يكون من المنطقى افتراض أن الانحدار نحو المتوسط يحدث فى الكثير من المقاييس ، إلا ان هناك حالات لايحدث فيها . وفى ظل هذة الحالات ، يمكن أن يؤدى تطبيق معادلة تصحيح إلى خطأ من الطراز الثانى (٣) ؛ أى استخلاص أن درجات العميل لم تتغير بينما تكون قد تحسنت (Speer , 1992) ويعتمد استخدام هذة المحكات الإحصائية على توفر بيانات إحصائية ملائمة . وبالنسبة لبعض مجموعات العملاء . قد يكون هناك تساؤل حول ما إذا كانت المعايير المشتقة من عينات سوية تمامًا ، يمكن تطبيقها بطريقة ذات معنى . مثال ذلك قد لايكون من الملائم تطبيق مثل هذة المعايير على الفصاميين . يضاف إلى ذلك أن هناك عديداً من المقاييس تطبق على مجموعات أكلينيكية ، دون أن تتوفر لها أية بيانات معيارية . ويتعين دائمًا استخدام محك جاكوبسون ، والتقدير الإحصائى لمثل هذة التغيرات بحرص بالغ من جانب الفاحص .

هل العلاج فعال :

لايُمكننا التصميم البسيط للأخـــتبار القبلي البعدى ، من استدلال أن التغير الناتج يرجع إلى العلاج ، حتي إذا كان قد تم استبعاد تهديدات الاستجابية وتأثير الأداة وظاهرة الانحدار نحو المتوسط فى الاختبار ؛ اذ يمكن افتراض أن التغيرات الملاحظة ترجع إلى تأثيرات النضج (٤) أو التاريخ (٥) . ويشير النضج إلى التغيرات التى تحدث للفرد عبر مرحلة معينة، والتى تؤدى إلى تغيرات فى المتغير المستهدف، دون اعتبار للعلاج وتتضمن دراسات اكتساب الأطفال للمهارات وضوح الاستهداف لمثل هذا التأثير . ويشير التاريخ إلى وقوع حدث يتجاوز العلاج ، ويؤدى إلى تأثير علاجى على المتغير او المتغيرات المستهدفة . مثال ذلك أنه يمكن شفاء قلق طالب حول الدراسة بصورة ملحوظة، إذا ما أخُبر أن الامتحان سيسهم بقدر ضئيل للغاية فى التقييم النهائى ، وقد ينظر إلى هذا التغير خطئًا على أنه تأثير علاجى ؛ وقد اقترح عدد من التصميمات التجريبية لضبط هذة الفروض البديلة .

(1) Z. Score .
(2) Standard error .
(3) Type II error .
(4) Maturity .
(5) History .



شكل (٣- ٣٧) : تمثيل بياني لتحديدات جاكوبسون **Jacobson** الثلاثة للدلالة الإكلينيكية للتغير .

أ = درجة تقع خارج مدي المجموعة المرضية ؛ ب = درجة تقع في مدي درجات المجموعة المرضية ؛ جـ = درجة أقرب لمتوسط المجموعة المرضية . ويري جاكوبسون أنه في حالة ما إذا كانت المعايير متاحة ، فإن المحكات ب، جـ ستكون هي المفضلة . وإذا تداخلت المجموعات فستكون جـ عندئذ هي المفضلة ، وعندما لا تتداخل المجموعات يتعيين تبني النقطة ب . وإذا كانت معايير المجموعة المرضية غير متاحة ، عندئذ تكون أ هي المحك الوحيد المتاح . ويوضح الشكل تأثير تبني محكات مختلفة للتوزيعات المتداخلة وغير المتداخلة .

التصميم أ ب أو السلاسل الزمنية البسيطة (١).

تمثل أ ، ب سلاسل من الملاحظات المتكررة تحت شرطين : خط الأساس (٢) (أ) والعلاج (ب). وبإجراء قياسات متكررة ، يمكن تقدير وضبط الاستجابية والانحدار والنضج . وكل تهديد من هذة التهديدات يتوقع أن يؤدى إلى ظهور اتجاة (٣) نظامى فى تعاقب نقاط خط الأساس . وتُقيم فعالية العلاج بالمدى الذى تحدث بة إزاحة نقاط البيانات عند تقديم التدخل . وبما إذا كان هذا التغير مستمراً على امتداد التدخل ام لا . وتناقش القضايا المتعلقة بتقييم هذا النمط فى نقطة تالية .

ويمكن لهذا التصميم أن يوفر إلى حد ما ضبطاً لتأثيرات التاريخ ، إذا كان سلوك المريض مستقراً بقدر معقول خلال خط الأساس ومراحل العلاج ، على الرغم من وجود أحداث دخيلة مختلفة موثقة. ومن المعقول استخلاص أن أى تغير أساسي يحدث وقت تقديم العلاج يرجع إلى العلاج . وعلى وجة التحديد لايعد التصميم أ ب تصميماً تجريبياً ؛ حيث إنة من غير الممكن بصفة عامة استبعاد تهديدات صدقة الداخلى .

(1) Simple time Series .
(2) Base Line .
(3) Trend .

جدول (٢ – ٣٧) : حساب مؤشر التغير الثابت RCI

أ – مؤشر التغير الثابت بطريقة جاكوبسون

الخطأ المعيارى للقياس = $(خ\ م_{ق}) = ع\ \sqrt{١ - ر_{ص ص}}$

حيث :

ع = الانحراف المعياري للمجتمع على الاختبار

$ر_{ص ص}$ = ثبات الاختبار

الخطأ المعيارى للفرق $(خ\ م_{ف}) = ٢\ (خ\ م)^{٢}$

مؤشر التغير الثابت RCI = $(د_{١} - د_{٢}) / (خ\ م_{ف})$

حيث :

$د_{١}$ = الدرجة قبل العلاج

$د_{٢}$ = الدرجة بعد العلاج

والقيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت الدالة إحصائياً = ١,٩٦

مـــــثال :

حصل بيل على ٧٠ درجة قبل العلاج على مقياس مقنن للقلق الاجتماعى ، له متوسط (م) = ٥٠ وانحراف معيارى (ع) = ١٠ ، ومعامل ثبات إعادة اختبار ٠,٨ ، وبعد ثمانى جلسات من العلاج اصبحت درجتة (بعد العلاج) ٥٥ فهل هذا التغير ثابت إحصائيًا أم أنه راجع لخطأ القياس .

$$(خ\ م_{ق}) = ١٠ \sqrt{١ - ٠,٨} = ٤,٤٧$$

$$(خ\ م_{ف}) = ٢\ (٤,٤٧)^{٢} = ٦,٣٢$$

$$مؤشر\ التغير\ الثابت\ (م\ ت\ ث) = \frac{٧٠ - ٥٥}{٦,٣٢} = ٢,٣٧$$

وبما أن هذة القيمة تتجاوز ١,٩٦ ، فيمكن الثقة فى موقف بيل من التحسن ، وأنه لايرجع لمجرد عدم الثبات المتأصل فى الاختبار .

ب – مؤشر التغير الثابت ، مع الأخذ فى الاعتبار عامل الانحدار نحو المتوسط (Hsu , 1989)

س = متوسط العينة المعيارية

ع = الانحراف المعيارى للمجتمع على الاختبار .

د_{1} = الدرجة قبل العلاج

د_{2} = الدرجة بعد العلاج

و : $\text{س}_{1} = \text{س} - \text{د}_{1}$ أى الفرق بين المتوسط والدرجة قبل العلاج

$\text{س}_{2} = \text{س} - \text{د}_{2}$ أى الفرق بين المتوسط والدرجة بعد العلاج

ر_{∞} = معامل ثبات الاختبار وقد تكون معامل ثبات إعادة الاختبار

ولحدوث تغير جوهرى (ثابت) لايرجع إلى الانحدار نحو المتوسط ، يتعين أن تكون القيمة فى الجانب الأيمن لعدم التساوى > أكبر من القيمة فى الجانب الأيسر .

$$\left(\text{س}_{1} - \text{س}_{2}\right) > \left(1 - \text{ر}\right)\text{س}_{1} + 1,96\left(\text{ع}\right)\sqrt{1 - \text{ر}_{\infty}^{2}}$$

مثال :

باستخدام بيانات بيل ، نستطيع أن نسأل إذا كان التحسن راجعًا إلى الانحدار نحو المتوسط .ام لا

$$\left(20 - 5\right) > \left(1 - 0,8\right)20 + 1,96\left(10\right)\sqrt{1 - (0,8)^{2}}$$

$$15 > 4 + 19,6\sqrt{1 - 0,64}$$

$$15 \not> 15,76$$

التغير الملاحظ هنا لايزيد عن ذلك الذى يمكن أن يكون راجعًا للانحدار نحو المتوسط (ولكن مجرد مساو له) ، ويتعين أن نكون حذرين فى تفسير تقدم بل ، والملاحظ الحصيف يمكنة أن يتبين أن درجات بل ستكون بالأحرى فى هذة الحالة ، فى حدود انحراف معيارى واحد عن متوسط المجتمع السوى . والتفسير البديل هو أن درجة بيل قبل العلاج كانت تقديراً مبالغًا فيه نتيجة لعدم ثبات الاختبار .

و على الرغم من ذلك فإن الجمع النظامى لبيانات خط الأساس (قبل العلاج) وظروف العلاج يمثل تقدمًا جوهريًا فى الملاحظات المفردة التى تؤخذ قبل وبعد العلاج . وبصفة عامة ، يمكن تيسير التحكم فى الحالة فى حالة القياس المتكرر ، من خلال تزويد الأخصائى الأكلينيكى بعائد دقيق حول صياغة المشكلة والعلاج . وعلى الرغم من العيوب الناتجة عن تكرار القياس ، يتعين النظر فى اعتبارين مهمين :

القضية الأولى ، و هى مايحدث فى كل بحوث الحالة المفردة ، أنه يتعين أن يكون المرء واضحًا فيما يتعلق بالعوامل المحددة لقرار التغير من نقطة الأساس إلى مرحلة العلاج . وقدم مورلى (Morley 1989) الخطوط العريضة لثلاثة محكات مستخدمة :

١ – قد يقرر الأخصائى الاكلينيكى تقديم علاج بأسرع مايستطيع بهدف طمأنة العميل ، ولا تعد هذة ممارسة تجريبية جيدة ، إذ تعنى بصورة ثابتة أن خط الأساس أقصر من أن يمكن من تقييم الدراسة ، وقد يكون من الممكن بالطبع الحصول على قياس سابق [1] لخط الأساس إذا ماكانت هناك

(1) Retrospective .

سجلات أكلينيكية مناسبة . وبينما يكون التدخل السريع ممكنًا أحيانًا ، إلا أنه دائمًا مايكون غير مرغوب على أسس أكلينيكية ، إذ لا تكون الصياغة الأكلينيكية للاختبار قد تطورت بعد .

٢ – قد يمكن استخدام أساليب علاجية بمجرد اقتناع المعالج أنه قد حقق صياغة مناسبة للحالة، وبينما يكون ذلك محكًا أكلينيكيا جيداً ، إلا أن عدد نقاط الأساس ، التى يكون قد تم الحصول قد عليها تكون اقل من الملائم .

٣ – يجب أن يكون الأخصائيون الأكلينيكيون على وعى بمشكلات التدخل الاستجابى (١). وقد ذكر جلاس وزملاؤه (1975) . Glass et al أنه فى مقدور الأكلينيكين والباحثين التجريبيين تقديم علاج استجابة لتدهور فى خط الأساس ، ربما يكون قد حدث نتيجة لأزمة معينة . و على الرغم من أن ذلك مفهوم من المنظور الأخلاقى ، إلا أنه من المعتاد دائمًا بالنسبة للأزمة أن تنقشع سريعًا ، فإذا كان العلاج قد بدأ بالفعل ، فستعود درجات العميل إلى المستوى الأقل حدة . ويحتمل أيضًا أن ترتبط الدرجات المتطرفة بأحداث شخصية أو بيئية جوهرية ، والتى قد توفر من ناحية أخرى معلومات مهمة عن العوامل التى تتحكم فى المشكلة المستهدفة . وتقديم تدخل استجابى لتغير ملحوظ ، يعيق إمكانية فحص مصادر التباين . ويقدم مورلى (دراسة الحالة الثانية Morley 1989) أحد أمثلة التدخل الاستجابى ، واجراء الفحص خلالها .

القضية الثانية التى يتعين وضعها فى الاعتبار تتعلق بمشكلة الكشف عن تغير سلوك العميل ، الذى يرجع إلى العلاج ، عندما يكون هناك تباين فى البيانات . فعادة مايكشف تكرار القياس عن تباين مهم ، ويحتمل تحت هذة الظروف عزو هذة التغيرات للعلاج ، بينما قد يكون الأكثر احتمالاً عزوها إلى التباين الطبيعى . ويمكن تحسين هذة المشكلة إلى حد ما إذا استخدمت فترات أطول لخط الأساس ، ومراحل علاج أطول ، وعندئذ قد يكون من الممكن تقدير مدى التباين (أنظر القسم الخاص بالتقييم فى ص ٨٧٥ ، ووضع هذة المشكلة فى الاعتبار عند تقييم آثار التدخل العلاجى . و على الرغم من ذلك ، فإن وجود تباين كبير فى خط الأساس يتعين أن يقود الأخصائى الأكلينيكى إلى الكشف عن مصادرة . وقد يؤدى التمثيل البيانى للبيانات إلى الكشف عن دورات نظامية Morley and Adams , 1991 ; Cox) (and Klinge 1976 والتى يمكن أن ترتبط بأحداث بيولوجية أو بيئية منتظمة . وبصفة عامة ، يتعين القيام بمحاولة الربط بين التغيرات البيئية والتغير فى المتغيرات المستهدفة ، وسيؤدى ذلك دائمًا إلى تحسين الاستدلالات . ويقدم جونسون وبينيبكر (Johnson and Pennypacker (1980 تحليلاً ممتازاً للتباين من منظور سلوكى .

و على الرغم من المشكلات المرتبطة بالتصميم أ ب ، إلا أنه يستخدم على نطاق واسع فى الممارسات الأكلينيكية وفى البحوث الأكثر نظامية . وأهم مزاياه أنه يلائم بشكل طبيعى متطلبات الباحثين والأخصائيين على السواء ، ويبرر استمرار استخدامه جمع مزيج من البيانات الكافية ، والتوثيق الجيد للعلاج ، والأحداث الإضافية خارج العلاج ، والتحليل النظامى الحذر للتباين والتغير .

أ ب أ ب أو التصميم المعكوس (٢)

تتحقق زيادة تحكم فى تهديد التاريخ ، إذا أوقف العلاج وردّ سلوك العميل إلى خط الأساس

(1) Recative Intervention .
(2) Reversal design .

الأصلى ، وبزيادة عدد مرات عكس خط أساس العلاج ، فإن التصميم يقوى الحالة مقابل التاريخ باعتبارة فرض منافس يبدو معقولاً فى الظاهر . وقد تمتد هذة الإمكانية بحيث توحى أن كلاً من تقديم ووقف العلاج يتزامن مع تغيرات إضافية مناسبة للعلاج .

وقد تكون هناك أسباب أكلينيكية وأخلاقية ضد استخدام أى تصميم ، يتطلب درجة من العكس . ويعارض الأخصائيون الأكلينيكيون عكس العلاجات ، التى يرون أنها فعالة لأسباب مفهومة ، عندما تكون المشكلة المستهدفة واحدة من تلك المشكلات التى تسبب الكدر أو الخطر للعميل على وجة الخصوص . وقد يكون من غير الممكن أكلينيكيًا أيضًا عكس سلوك معين . ويمكن الالتفاف حول ذلك جزئيًا بسبر[1] مختصر يعيد المريض لحالة خط الأساس . والفرض المضمر فى التصميم العكسى ، هو أن السلوك الذى يجرى فحصة ناتج عن أحداث بيئية . وما إن يتم تعلم عدة فئات سلوكية مثل الحديث وتجنب الخوف وخفضة على سبيل المثال ؛ حتى لاتصبح هناك حاجة لمواصلة التدعيم الخارجى لاستمرار هذا التعلم . يضاف إلى ذلك أن الكثير من أساليب العلاج المعرفية السلوكية ، والمناحى العلاجية تهدف إلى تغيير قدرة العميل على التحكم الذاتى فى المشكلة .

تصميم تعديل المحك (Hartmann and Hall , 1976)

يلتف هذا التصميم حول بعض المشكلات ،التى تظهر من خلال التصميم أ ب أ ب ؛ حيث يتم جمع ملاحظات خط الأساس عن متغير واحد مستهدف . يتبع ذلك سلسلة من مراحل العلاج ، و يستخدم العلاج نفسة فى كل واحدة منها ، ويطبق وفق وصفة للتغيرات المتتالية (محكات) على السلوك المستهدف. مثال ذلك أن المدخن الذى يدخن من ٨٠ – ١٠٠ سيجارة فى اليوم ، يُطلب منه بداية خفض العدد إلى ٧٠ فى اليوم (Bells and Bradlyn , 1987) ،مع موافقتة على تحمل غرامة قدرها ٢٥ دولارا ، إذا تخطى هذا المحك : وما إن يتم استيفاء المحك حتى يستمر الخفض من خلال خطوات متتابعة نحو الهدف، الذى وافق عليه وهو خمس سجائر فى اليوم ، وبالتالى فإن كل مرحلة تعمل بوصفها خط أساس لما يليها . ويشيرها هارتمان و هال (Hartmann and Hall (1976 إلى أنه يتعين أن تكون خطوط الأساس المتتابعة طويلة بقدر كافٍ بما يؤدى إلى استبعاد التاريخ والنضج وتهديدات الصدق الداخلى للقياس . ويتعين أيضا أن لاتكون المراحل ذات أطوال متساوية؛ لتأكيد أن التغير المناظر للخطوات فى المحك غير متزامن مع أى تغيرات طبيعية فى السلوك المستهدف . ويمكن الامتداد أيضًا بهذا التصميم لسبر الأداء تحت شرط محك، لم يتحدد بعد (Horner and Baer, 1978) .وقد استخدم هذا التصميم لتعديل المحكات على مدى أعوام طويلة فى العلاج السلوكى ، وبصفة ولبة (Wolpe (1958 باعتبارة تقدماً عبر مدرج الخوف [2]

تصميمات خطوط الأساس المتعددة [3]

الفكرة الأساسية خلف تصميمات خطوط الأساس المتعددة هى تقديم متغيرات ضابطة [4]. ويقدم العلاج لمتغير واحد فى الوقت الواحد . وذلك بافتراض أنه إذا تغير هذا المتغير فقط ، فقد يمكن عندئذ استبعاد تأثير الأحداث العارضة (التاريخ) . والفرض الاخر هو أنه إذا تسبب أى حدث علاجى

---

(1) Probe .
(2) Fear hierarchy .
(3) Multiple basline designs .
(4) Control Variables .

فى تغيرات فى المتغير المستهدف ، فإنة سيؤثر أيضاً فى المتغيرات الضابطة . وهناك عدم اتساق فى هذة الدعوة (Kazdin and Kopel , 1975) . فهى تفترض أن العلاج ستكون لة تاثيرات محددة ، ولكن العوامل العلاجية الإضافية سيكون لها تاثيرعام ، ويعنى ذلك فى مجال الممارسة أن تفسير هذا التصميم يعتمد على النتائج ، فإذا ظهرت تاثيرات نوعية أو محددة مع علاج كل متغير ، فعلى المرء أن يستبعد بصورة منطقية التاريخ وآثار النضج ، ولكن إذ تغيرت المتغيرات غير المعالجة نتيجة لتقديم علاج نوعى محدد ، فلن يكون من الواضح ما إذا كان ذلك راجعاً إلى تاثيرات تعميم العلاج ، أو التاريخ ، أوالنضج .

و على الرغم من ذلك ، فإن هذا التصميم يجبر الاخصائيين الأكلينيكيين فى الواقع على ملاحظة أكثر من متغير واحد ، وهى خاصية يتعين التوجية بها فى أى فحص أكلينيكى أو تجريبى . ومع ذلك ، فهذا التصميم أكثر ضعفاً من التصميم العكسى ، أو التصميمات التشريطية الفعالة (١) فى قدرتها على استبعاد تاثير التاريخ .

وهناك عدد من التنوعات فى تعدد خطوط الأساس ؛ فخطوط الأساس المتعددة يمكن أن تشير إلى متغيرات مختلفة مستهدفة لدى المفحوص نفسة (Bilsbury and Morley , 1979) ، وإلى السلوك نفسة لدى مفحوص واحد ، يلاحظ فى مواقف بيئية مختلفة (Singh et al ., 1980) أو إلى سلوك مشابة لدى أفراد مختلفين فى موقف واحد . ويمكن الجدل فى هذة الحالة الأخيرة أن التصميم هو في الحقيقة سلسلة من تكرارات التصميم أ ب ، ويكون الأمر كذلك على وجة الخصوص ، إذا لم يكن قد تم فحص العملاء فى الوقت نفسة (Harris and Jensen , 1958 ; Hayes , 1985)

لماذا يتحسن المريض وما الجزء من العلاج الذي كان مسئولاً عن التغير ؟

ركزت المناقشة السابقة للتصميم التجريبى على التهديدات الشائعة للصدق ، غير أنه حتى المعالجة البسيطة لها بدائل تفسيرية غير معيارية ، تتطلب فحصاً خاصاً لتفسير ميكاينزم التغير . ولنأخذ على سبيل المثال العملات الرمزية (٢). فهل تعود فعاليتها إلى التوافق التدعيمى لإعطائها ، أم إلى الزيادة العارضة للصلة الاجتماعية بين المريض والمعالج (Hall et al ., 1977) ؟. وتمكن مناهج الحالة المفردة الاخصائيين الأكلينيكيين من الكشف عن هذة القضايا، وهى مفيدة على وجة الخصوص فى فحص الاضطرابات النادرة التى لاتتعرض للضبط بسهولة فى الدراسة التى تتم بين مجموعات (العينات الكبيرة).

وأى فحص تجريبى حول لماذا يعمل علاج ما (وهو سؤال حول العمليات) يتضمن مقارنة بين موقفين أو أكثر . ومن الواضح أن التصيم نفسة يمكن استخدامة للمقارنة بين التاثيرات النسبية لنوعين مختلفين من العلاج ، وهناك ثلاثة تصميمات ملائمة على وجة الخصوص لهذا النوع من الفحص . ويمكن استخدام تصميم خطوط الأساس المتعددة ، إذا كان لدى الأفراد أعراض متعددة . وحيث يمكن علاج كل عرض (متغير) بأسلوب مختلف ، واجراء مقارنة بسيطة بين أساليب العلاج . ويصف راخمان (Rachman 1974) حالة بطء وسواسى أولية ، تتسم بالإفراط فى البطء والتدقيق الشديد فى العناية، بالذات فى غياب الأعراض الوسواسية الشائعة مثل الإغراق فى التأمل أو انخفاض القلق ، الذى يتبع السلوك القهرى . وقد أعاد بيلسبرى ومورلى (Bilsbury and Morley (1979 وبينن Bennun (1980) أساليب راخمان العلاجية ، والتى تتكون من حزمة للنمذجة بالمشاركة (٣) والتنبيه (٤)

(1) Operant designs .
(2) Token economy .
(3) Participant modeling .
(4) Prompting .

والتشكيل (1) والتدريب . وقد أظهروا تحسنا نوعيًا مستقلا لكل عرض مستهدف سبق علاجه . واستخدم كلارك وزملاؤه (1982) . Clark et al اسلوب تعدد خطوط الأساس فى محاولة لفصل المكونات الفعالة فى هذه الحزمة .

ومن الممكن أيضًا فحص تأثير العلاجات المختلفة أو مكونات العلاج فى مشكلات مفردة مستهدفة. ويتضمن التراث وصفًا لعدد من التصميمات ، قد تكون مسمياتها مضللة؛ فالمسميات الشائعة لهذا النوع من التصميم هو تصميم العلاجات البديلة (2) (Barlow and Hersen , 1984) . وقد جاء التطوير المبكر لهذا المنحى من بحوث التشريط الفعال فى المستوى دون الانسانى ؛ ففى تصميم لقائمة متعددة ، يعرض هدف سلوكى مفرد لمعالجتين مختلفتين أو أكثر (وتاريخيًا كانت هذة القوائم قوائم تدعيم) ويتم ربط كل علاج بمنبة تمييزى ، والنقطة الأساسية المثيرة للشغف هى ما إذا كان التحكم فى منبة السلوك يمكن تثبيتة ، وقد وصفت فى فترة أحدث تصميمات ، يطبق فيها نوعان أو أكثر من العلاج لهدف سلوكى مفرد .

وقد ذكر اولينديك وزملاؤه (1981) . Ollendick et al ثلاث حالات مفردة ،يعرض من خلالها هذا المنحى ؛ حيث قارنوا بين الفعالية النسبية للتدريب الإيجابى والإعاقة البدنية فى خفض السلوك النمطى ، لدى أطفال لديهم صعوبات تعلم . وقد تم خلالها الحصول على ملاحظات خط الأساس فى ثلاثة مواقف فى اليوم ، ووزعت هذة المواقف بطريقة متوازنة مع الشروط العلاجية المستخدمة ، على الرغم من عدم تقديم علاج فى هذة المرحلة . وخلال المرحلة الملائمة من العلاج ، قدمت العلاجات ، وبهذا كانت متوازنة عبر الوقت من اليوم ، ونُظمت بحيث يتلو كل نوع من العلاجات ، ويسبقة الأنواع الأخرى بطريقة نظامية . وبالتالى كان من الممكن قياس التأثيرات النسبيـــة لكل علاج بصورة مستقلة عن احتمالات تدخل أية متغيرات دخيلة .

وهناك عدد من العوائق فى استخدام هذا التصميم. فمن الضرورى استخدام تدخلات ذات تأثير سريع وقوى فى كل جلسة ؛ بحيث لاتكون هناك حاجة إلى فترة تمهيدية تسبقة . ويمكن القول بصفة عامة أنه يجب أن يكون هناك القليل من التأثير الأجل ، أى لايستمر تأثير العلاج حتى الجلسة التالية ، ويتعين أيضًا أن يختار المرء سلوكًا مستهدفًا، لايكون شديد القرب من سقف أو أرضية مجال الملاحظات . وتعنى المشكلات ذات احتمالية الحدوث الضئيلة للغاية أثناء جلسات العلاج ،وجود إمكانات محدودة لتطبيق العلاج . وإحدى خصائص تصميم العلاجات البديلة هى أنه من الممكن تخصيص أحد العلاجات ، باعتبارها مجموعة ضبط لا علاجية . وقد قام اولينديك وزملاؤه بذلك (1981) . Ollendick et al ، وكان فى مقدورهم إظهار أن السلوك المستهدف تغير عند تطبيق العلاج فقط ، ويساعد هذا الإجراء على التحكم فى تهديدات التاريخ والنضج .

المنحى الثالث لفحص التأثير الفارق للعلاج فى الحالة المفردة ، هو توسيع التصميم أ ب بإضافة مراحل تالية له ، ترتبط فيها الشروط العلاجية بصورة نظامية . ويقدم ميس ولالى Mace and Lalli) 1991) مثالاً لهذا المنحى فى علاجهما لميتش Metch . ويمكن استخدام هذا الأسلوب ، عندما يتوقع أن يكون تأثير العلاج تدريجيًا . وعندما يكون من الممكن الحصول على فترات متأخرة للملاحظة ، وجمع البيانات ، وبالتالى فإن تجربة لفحص نوعين من العلاج هما ب ، جـ وتفاعلهما ، يمكن أن تقدم بيانيًا كالآتى :

---

(1) Shaping .
(2) Alternating treatments design .

أ – ب – أ – جـ – ب جـ – ب – أ – جـ .

هل يمكن لهذة المعالجة أن تكون ذات فائدة للعملاء والمرضى الآخرين ؟

يتعلق هذا السؤال بالصدق الخارجى أو بتعميم نتائج تجربة ما . وبالتالى يمكن الإجابة عنه تجريبيًا . وقد قدم كل من كامبل و ستانلي Campbell and Stanly (1966) وكوك وكامبل Cook and Campbell (1979) وكراتوشويل Kratochwill (1978) مناقشات ممتازة لهذة القضية تدخل فى مفهوم الصدق الخارجى ، ومن المفيد التفكير فى ثلاثة مجالات ، قد يرغب المرء فى تعميم نتائج دراسة حالة منها :

١ – صدق المجتمع (١): أى أعضاء من أى مجتمع ، تكون هذة الإجراءات مفيدة لهم أو قابلة للتطبيق عليهم ؟

٢ – الصدق البيئى (٢) : إلى مدى يمكن استعادة هذة النتائج بواسطة مجربين آخرين ، ومواقف وإجراءات قياس أخرى ؟

٣ – صدق المعالجة أو الصدق التشكيلي (٣) (Cook and Campbell , 1979) هل لتدخل يعتمد على مفهوم مشابة أن يؤدى إلى النتيجة ذاتها ؟ مثال ذلك أنه من المفترض أن مجالاً واسعًا من الأحداث يمثل أشكالاً من العقاب . وبالتالى قد لاتقبل هذة الأحداث تبادل القدرة على إحداث التغيير ، مثال ذلك التأثير الفارق لأسلوبى الصدمة (٤) والأبعاد (٥) من حيث إمكانية إخمادهما للتشوية الذاتى فى زملة ليش – نايهان (٦) (Anderson et al ., 1987). وقد قام هؤلاء الباحثين بسلسلة من دراسات الحالة المفردة ، وأوضحوا أن الصدمة ليست عقاباً فعالاً ، بينما الإبعاد عن التدعيم الاجتماعى يؤدى إلى إخماد التشوية الذاتى .

اسئلة تتعلق باختبار النظرية :

واجهنا من قبل فكرة اختبار النظرية فى السؤال الاول . حيث كانت النظرية ، فروضًا تخص مرضى معينين ، ومن الممكن استخدام حالات مفردة فى اختبار نظريات ذات صياغات عامة جيدة حول العمليات العلاجية . ويساعد مثل هذا الاختبار الاخصائى الأكلينيكى على الإسهام فى البحث ،دون اللجوء إلى القيام بدراسات بين المجموعات المكلفة بوجة عام (Biglan and Craker , 1982 ; Watts , 1979) .

تقييم بيانات الحالة المفردة :

يمكن تقييم بيانات الحالة المفردة وفق محكات أكلينيكية وتجريبية ، والمحك الأكلينيكى المهيمن هو ما إذا كان المريض قد حقق مستوى مقبول من التحسن ، ويتعلق المحك التجريبى بدرجة الثقة ، التى يجب الحصول عليها فى الاعتقاد أن التدخل أدى إلى تأثير .

وهذان المحكان غير مترادفين ؛ فقد يتحسن العميل بقدر جوهرى بنهاية مرحلة التدخل ، ومع ذلك قد لايكون من الممكن عزو هذا التغير إلى تأثير العلاج.

(1) Population Validity .
(2) Ecological Validity .
(3) Manipulation or Constructive Validity .
(4) Chock .
(5) Time out .
(6) Lesch - Nyhan Syndrome .

وكان تقييم بيانات الحالة المفردة مصدراً لجدل مثير على مدى عديد من السنوات . وعندما قدمت التصميمات الرسمية ، من خلال التحليل التطبيقى للسلوك [(١)] ، كان هناك تجنب لاستخدام الأساليب الإحصائية (Baer , 1977) ؛ ذلك لأن الباحثين الذين تدربوا على فلسفة تحليل السلوك أجروا دراسات مناظرة للدراسات المعملية ، موجهين اهتمامهم على وجة الخصوص إلى خاصيتين ، الأولى : السعى إلى إقرار شروط خط الأساس ، الذى يمكن اعتبار أن الفرد قد استقر عندة ؛ أى جعل متوسط مستوى السلوك المستهدف ثابتًا على مدى الوقت . وأنه يوجد تباين ضئيل خلال مرحلة خط الأساس . والخاصية الثانية هى استخدامهم لتدخلات ذات تأثيرات سريعة وضخمة ، تؤدى إلى تغيرات فى المتغيرات المستهدفة خلال الجلسات القليلة الأولى (دائمًا ماكانت خلال الجلسة الاولى) . وتحت هذة الشروط، يسهل تقييم البيانات ، من خلال رسم نقاطها على امتداد الوقت ، ويعرض شكل (٤- ٣٧) تأثير الاختلافات فى خصائص البيانات فى القدرة على تقييم هذة البيانات ، من خلال الفحص البصرى .

وباتساع شهرة مناهج الحالة المفردة ، واستخدام باحثين من غير أصحاب التشريط الفعال لها ، أصبحت البيانات أقل سهولة فى الإذعان للتحليل بالفحص البصرى ، وقد استقرت بعض الاساليب الإحصائية لتحليل البيانات . وكانت أحد الحلول هى تطبيق الأساليب البرامترية التقليدية لاختبار ف و ت على البيانات . مثال ذلك أنه يمكن تطبيق اختبار ت لتحديد الفرق بين متوسطات المرحلتين أ ، ب من الدراسة ، والاعتراض الأساسى على استخدام هذه الاختبارات ، هو أنها تفترض أن كل قيمة من قيم البيانات مستقلة ، وأن عناصر الخطأ غير مرتبطة . ومع عدم استيفاء هذا الفرض ، تصبح الاستنباطات من الاختبار أكثر ميلاً لعدم الصدق . بالإضافة إلى ذلك فإن اختبارى ت ، ف حساسان فقط للتغيرات فى المتوسط (ويمكن لتحليل تباين القياسات المتكررة تقدير الاتجاة) ولن يكونا قادرين على الكشف عن التغير فى اتجاة البيانات ، وبصفة عامة لايوصى باستخدام هذة الاختبارات .

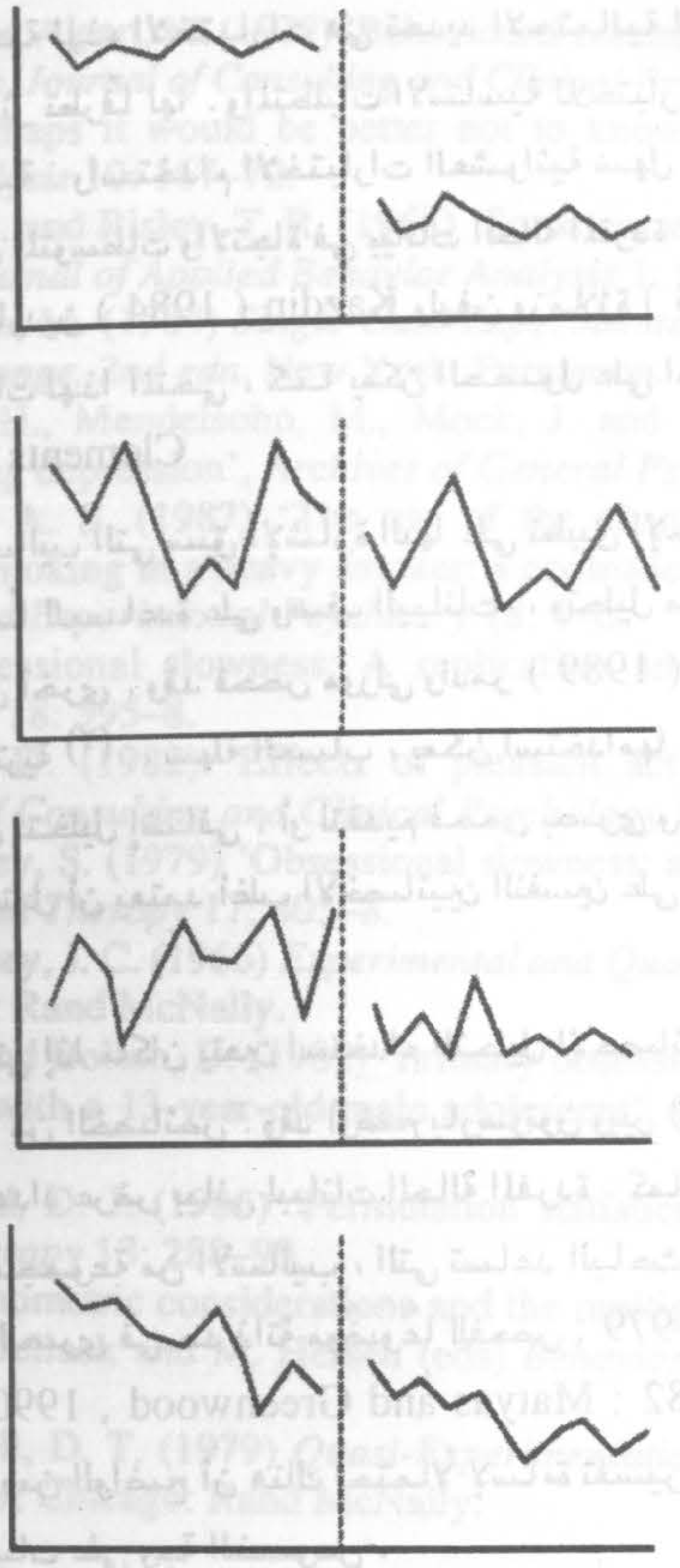
منحى ثانى للتحليل الإحصائى لبيانات الحالة المفردة ، هو تحليل السلاسل الزمنية [(٢)] ، والذى حظي باهتمام بالغ (Gottman , 1981 ; Gottman and Glass , 1978 ; Jones et al ., 1977 ; McCain and McCleary , 1979) .

ويتضمن الأسلوب وضع نموذج إحصائى لمرحلة خط الأساس ، واختبار ما إذا كانت البيانات المستخلصة من مرحلة التدخل تتفق مع النموذج . ويتضمن تحليل السلاسل الزمنية عديداً من المزايا ، إذ يمكنة علاج مشكلة عدم استقلال الاخطاء ، كما أنه قادر على تقدير التغيرات فى عديد من خصائص البيانات (المتوسط ، الاتجاة ، التغيرات فى المستوى الخاص بقيم التغير) وهو يقدم حلولاً ممتازة وقوية للمشكلات ، التى تظهر فى الأختبارات التقليدية . ولسوء الحظ هناك مشكلتان عمليتان فى تطبيق هذة الأساليب على القدر الأكبر من بيانات الحالة المفردة الناتجة عن المواقف الأكلينيكية . الأولى : أنها تتطلب عددا كبيرا من قيم البيانات (٥٠ على الاقل فى كل مرحلة) حتى يمكن تحديد النموذج الإحصائى للبيانات بقدر من الثبات . الثانية : أنها تتطلب درجة من المهارة الاحصائية لتطبيقها ، وهو مايكون دائما خارج نطاق مايرغب الاخصائيون الاكلينيكيون فى تحصيلة ، ويتعادل مع ذلك انها ليست مما ينصح باستخدامه .

---

(1) Applied behavior analysis .

(2) Time Series analysis .



شكل (٤ – ٣٧) : تأثير خصائص تباين البيانات علي تقييم
البيانات : من خلال الفحص البصري

في الجزء (أ) خط الاساس ومراحل العلاج مستقرة مع تباين ضئيل ، بالاضافة إلي أن تقديم العلاج ارتبط بانتقال ضخم في السلسلة . ويوحي هذا النمط للبيانات بقوة بتأثير العلاج . الجزء (ب) يبين عكس الجزء (أ) ، فهنا البيانات شديدة التباين ، وهناك دلائل قليلة علي إزاحة للسلسلة ناتجة عن تقديم العلاج . وستتطلب هذة السلسلة تحليلا إضافيا للتمكن للوصول إلي نتيجة حول تاثير العلاج . الجزء (جـ) يبين نمطا لتباين واضح في خط الأساس مع استقرار معقول في مرحلة العلاج ، و علي الرغم من أن البيانات في المرحلتين ، إلا أننا قد تكون علي ثقة تامة من أن العلاج كان فعالاً . الجزء (د) يصعب تفسيرة نتيجة للاتجاة الواضح في خط الاساس ومراحل العلاج .

وهناك منحى آخر للتحليل الاحصائى لتاثيرات التدخل ، يستحق الأهتمام لأن استخدامة ممكن على عينات ذات حجم صغير نسبياً (٢٠ قيمة للبيانات أو نحو ذلك) ؛ ولأن التحليل لايتطلب قيام الباحث

بوضع فروض حول توزيع البيانات . حيث تستخدم اختبارات العشوائية (١) البيانات المتاحة فقط . والاستراتيجية الأساسية لهذه الاختبارات هى تحديد الاحتمالية الدقيقة ،التى يمكن أن تحدث بها الملاحظات أو النمط الأكثر تطرفًا لها . والمتطلبات الأساسية للاختبار هى أن قوائم التدخل يتم تحديدها عشوائيا قبل بدء الدراسة . واستخدام الاختبارات العشوائية سهل نسبيا ، ويمكن اقتباسها لأختبار العديد من الفروض حول المتوسطات والاتجاة فى بيانات الحالة المفردة . وقد قدم كل من ادجنجتون Edg- ington (1980) وكازدين Kazdin (1984) وليفن وزملاؤة (1978) . Levin et al ، وهاند Hand 1982) مقدمات لهذا المنحى . كما يمكن الحصول على امثلة إضافية فى كليمنتس وهاند Clements and Hand (1985)

وتتركز كل الأساليب التى سبق الإشارة اليها على تطبيق الإحصاء لتحديد دلالة التدخل . ويمكن استخدام الاحصاء أيضًا للمساعدة على وصف البيانات ، وتحليل ما إذا كانت أجزاء البيانات تتضمن اتجاهًا أو أيه خصائص أخرى . وقد فحص مورلى وادمز (1989) Morley and Adams مجموعة من الاختبارات اللابرامترية (٢) ، سهلة الحساب ، يمكن استخدامها للكشف عن خصائص بيانات الحالة المفردة ، سواء كمدخل لتحليل إضافى ، أو لتقديم فحص بصرى وعلى الرغم من توفر عدد من المناهج الإحصائية ، الا أنه يحتمل أن يعتمد أغلب الأخصائيين النفسين على الأشكال البيانية والتحليل البصرى لاستخلاص النتائج .

وبالتأكيد ، حتى إذا ماكان يتعين استخدام التحليل الاحصائى ، يجب فحص البيانات ومعالجتها لإلقاء الضوء على عديد من الخصائص . وقد أوضح بارسونون وبير (1978) Parsonson and Baer الخطوات الاساسية لإعداد عرض بيانى لبيانات الحالة المفردة . كما جمع مورلى وادمز Morley and Adams (1991) مجموعة من الأساليب ، التى تساعد الباحث على استكشاف البيانات بقدر من التعمق وكان التحليل البصرى فى حد ذاتة موضوعًا للفحص ; Deprospero and Cohen , 1979) Furlong and wampold , 1982 ; Matyas and Greenwood , 1990 , Wampold and Furlong , 1981) ومن الواضح أن هناك احتمالاً لإساءة تفسير التمثيلات البيانية، عندما تتضمن البيانات اتجاهات وتباينات على وجة الخصوص .

خـــــــــــلاصة :

لمناهج الحالة المفردة تاريخ طويل فى علم النفس ، وقد طبقت على المشكلات الأكلينيكية بطريقة نظامية لما يربو على أربعين عامًا . وهناك عديد من التصميمات الرسمية ، التى طورت للالتفاف حول التهديدات التى يتعرض لها صدق تفسير البيانات . ويظهر التنوع فى التصميمات بانتظام كلما واجة الأخصائيون الأكلينيكيون والباحثون المبدعون الجديد من المشكلات (مثال ذلك Wacker et al., 1990) ومازالت القضايا المتعلقة بالتفسير والتصميم البحثى موضوعا لجدل مستمر (Higgins and Baer, 1989) والتفكير مستمر في مناح جديدة لتحليل البيانات (مثال ذلك White et al., 1989) وتظل مناهج الحالة المفردة مستمرة في استنباط وتوسيع مدى من المشكلات التي تُطبق فيها .

ملحوظة :

هذا الفصل مهدى مع الشكر والامتنان إلى مونت شابيرو Monte Shapiro المعلم الجليل والأخصائى الأكلينيكى الشفوق .

(1) Randomisation tests .
(2) Non - Parametric tests .

References

Anderson, L., Dancis, J. and Alpert, M. (1978) 'Behavioural contingencies and self mutilation in Lesch-Nyhan disease, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 529–36.

Baer, D. M. (1977) 'Perhaps it would be better not to know everything', *Journal of Applied Behavior Analysis* 10: 167–72.

Baer, D. M., Wolf, M. M. and Risley, T. R. (1968) 'Some current dimensions of applied behavior analysis', *Journal of Applied Behavior Analysis* 1: 91–7.

Barlow, D. H. and Hersen, M. (1984) *Single-Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change, 2nd edn*, New York: Pergamon.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961) 'An inventory for measuring depression', *Archives of General Psychiatry* 4: 561–71.

Belles, D. and Bradlyn, A. S. (1987) 'The use of the changing criterion design in achieving controlled smoking in a heavy smoker: a controlled case study', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 18: 1–6.

Bennun, I. (1980) 'Obsessional slowness: A replication and extension', *Behaviour Research and Therapy* 18: 595–8.

Biglan, A. and Craker, D. (1982) 'Effects of pleasant activities manipulation on depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 436–8.

Bilsbury, C. D. and Morley, S. (1979) 'Obsessional slowness: a meticulous replication', *Behaviour Research and Therapy* 17: 405–8.

Campbell, D. T. and Stanley, J. C. (1966) *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*, Chicago: Rand McNally.

Clark, D. A., Sugrim, I. and Bolton, D. (1982) 'Primary obsessional slowness: a nursing treatment programme with a 13-year-old male adolescent', *Behaviour Research and Therapy* 20: 289–92.

Clements, J. C. and Hand, D. J. (1985) 'Permutation statistics in single-case design', *Behavioural Psychotherapy* 13: 288–99.

Cone, J. D. (1988) 'Psychometric considerations and the multiple models of behavioral assessment', in A. S. Bellack and M. Hersen (eds) *Behavioral Assessment, 3rd edn*, New York: Pergamon.

Cook, T. D. and Campbell, D. T. (1979) *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*, Chicago: Rand McNally.

Cox, M. D. and Klinge, V. (1976) 'Treatment and management of a case of self burning', *Behaviour Research and Therapy* 14: 382–5.

De Prospero, A. and Cohen, S. (1979) 'Inconsistent visual analysis of intra-subject data', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 12: 573–9.

Edgington, E. S. (1980) *Randomization Tests*, New York: Marcel Dekker.

Eysenck, H. J. (ed.) (1964) *Experiments in Behaviour Therapy*, Oxford: Pergamon.

Fonagy, P. and Moran, G. S. (1990) 'Studies on the efficacy of child psychoanalysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 684–95.

Furlong, M. J. and Wampold, B. E. (1982) 'Intervention effects and relative variation as dimensions in experts' use of visual inference', *Journal of Applied Behavioural Analysis* 14: 415–21.

Glass, G. V., Willson, V. L. and Gottman, J. M. (1975) *Design and Analysis of Time Series Experiments*, Boulder, Colo.: Colorado Associated University Press.

Gottman, J. M. (1981) *Time-series analysis: A Comprehensive Introduction for Social Scientists*, Cambridge: Cambridge University Press.

Gottman, J. M. and Glass, G. V. (1978) 'Analysis of interrupted time series experiments', in T. R. Kratochwill (ed.) *Single Subject Research: Strategies for Evaluating Change*, New York: Academic Press.

Hall, J. N., Baker, R. D. and Hutchinson, K. (1977) 'A controlled evaluation of token economy procedures with chronic schizophrenic patients', *Behaviour Research and Therapy* 15: 261–83.

Hand, D. J. (1982) 'Statistical tests in experimental psychiatric research', *Psychological Medicine* 12: 415–21.

Harris, F. N. and Jensen, W. R. (1985) 'Comparisons of multiple-baseline across persons designs and AB designs with replication: issues and confusions', *Behavioral Assessment* 7: 121–7.

Hartmann, D. P. and Hall, R. V. (1976) 'The changing criterion design', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 9: 527–32.

Hayes, S. C. (1985) 'Natural multiple baselines across persons: a reply to Harris and Jensen', *Behavioral Assessment* 7: 129–32.

Higgins Hains, A. and Baer, D. M. (1989) 'Interaction effects in multielement designs: inevitable, desirable and ignorable', *Journal of Applied Behavior Analysis* 22: 57–69.

Horner, R. D. and Baer, D. M. (1978) 'Multiple-probe technique: A variation of the multiple baseline', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 11: 189–96.

Hsu, L. M. (1989) 'Reliable changes in psychotherapy: taking into account regression toward the mean', *Behavioral Assessment* 11: 459–67.

Jacobson, N. S. and Revenstorf, D. (1988) 'Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques; issues, problems and new developments', *Behavioral Assessment* 10: 133–45.

Jacobson, N. S. and Truax, P. (1991) 'Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research', *Journal of Abnormal Psychology* 59: 12–19.

Johannessen, T. (1991) 'Controlled trials in single subjects', *British Medical Journal* 303: 173–4.

Johnson, J. M. and Pennypacker, H. S. (1980) *Strategies and Tactics of Human Behavioral Research*, Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.

Jones, B. R., Vaught, R. S. and Weinrott, M. (1977) 'Time-series analysis in operant research', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 10: 151–66.

Kazdin, A. E. (1982) *Single Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*, New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (1984) 'Statistical analyses for single-case experimental designs', in D. H. Barlow and M. Hersen (eds) *Single-Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behaviour Change*, New York: Pergamon Press.

Kazdin, A. E. and Kopel, S. A. (1975) 'On resolving ambiguities in the multiple-baseline design: problems and recommendations', *Behavior Therapy* 6: 601–8.

Kent, R. N. and Foster, S. L. (1977) 'Direct observational procedures: Methodological issues in naturalistic settings', in, A. R. Ciminero, K. S. Calhoun and H. E. Adams (eds) *Handbook of Behavioural Assessment*, New York: Wiley.

Kratochwill, T. R. (ed.) (1978) *Single-Subject Research: Strategies for Evaluating Change*, New York: Academic Press.

Kratochwill, J. R. and Levin, J. R. (eds) (1992) *Single-Case Research Designs and Analysis*, Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Levin, J., Marascuilo, L. A. and Hubert, L. J. (1978) 'N = 1 Nonparametric randomization tests', in T. R. Kratochwill (ed.) *Single-Subject Research: Strategies for Evaluating Change*, New York: Academic Press.

Mace, F. C. and Lalli, J. S. (1991) 'Linking descriptive and experimental analyses in the treatment of bizarre speech', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 24: 533–62.

McCain, L. J. and McCleary, R. (1979) 'The statistical analysis of the simple interrupted time-series quasi-experiment', in, T. D. Cook and D. T. Campbell *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*, Chicago: Rand McNally.

McKnight, D. L., Nelson, R. O., Hayes, S. C. and Jarrett, R. B. (1984) 'Importance of treating individually assessed response classes in the amelioration of depression', *Behavior Therapy* 15: 315–35,

Matyas, T. A. and Greenwood, K. M. (1990) 'Visual analysis of single case time series: effects of variability, serial dependence, and magnitude of intervention effects', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 23: 341–51.

Metcalfe, M. (1956) 'Demonstration of a psychosomatic relationship', *British Journal of Medical Psychology* 29: 63–6.

Miller, E. (1990) 'Single-case experimentation: a seventeenth century example', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 433–4.

Morley, S. (1987) 'Modification of auditory hallucinations: experimental studies of headphones and earplugs', *Behavioral Psychotherapy* 15: 240–51.

Morley, S. (1989) 'Single case research', in G. Parry and F. N. Watts (eds) *Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*, Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Morley, S. and Adams, M. (1989) 'Some simple statistical tests for exploring single-case time series data', *British Journal of Clinical Psychology* 28: 1–18.

Morley, S. and Adams, M. (1991) 'Graphical analysis of single-case time series data', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 97–115.

Nisbett, R. and Ross, L. (1980) *Human Inference: Strategies and Shortcomings in Social Judgement*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ollendick, T. H., Shapiro, E. S. and Barrett, R. P. (1981) 'Reducing stereotypic behaviours: An analysis of treatment procedures utilizing an alternating treatments design', *Behavior Therapy* 12: 570–7.

Owens, R. G., Slade, P. D. and Fielding, D. M. (1989) 'Patient series and quasi-experimental design', in G. Parry and F. N. Watts (eds) *Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*, Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Parry, G., Shapiro, D. A. and Firth, J. (1986) 'The case of the anxious executive: a study from the research clinic', *British Journal of Medical Psychology* 59: 221–33.

Parsonson, B. S. and Baer, D. M. (1978) 'The analysis and presentation of graphic data', Kratochwill, T. R. (ed.) *Single-Subject Research: Strategies for Evaluating Change*, New York: Academic Press.

Payne, R. W. and Jones, H. G. (1957) 'Statistics for the investigation of individual cases', *Journal of Clinical Psychology* 13: 115–21.

Philips, J. P. N. (1986) 'Shapiro personal questionnaire and generalised personal questionnaire techniques: a repeated measures individualised outcome measurement', in L. S. Greenberg and W. M. Pinsof (eds) *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, New York: Guilford Press.

Rachman, S. (1974) 'Primary obsessional slowness', *Behaviour Research and Therapy* 12: 9–18.

Rosenberg, H. and Upper, D. (1983) 'Problems with stimulus/response equivalence and reactivity in the assessment and treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behaviour Research and Therapy* 21: 177–80.

Salkovskis, P. M. (1984) 'Psychological research by NHS clinical psychologists: an analysis and some suggestions', *Bulletin of the British Psychological Society* 37: 375–7.

Shapiro, M. B. (1961) 'A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient', *British Journal of Medical Psychology* 34: 151–5.

Shapiro, M. B. (1963) 'A clinical approach to fundamental research with special reference to the study of the single patient', in P. Sainsbury and N. Kreitman (eds) *Basic Research Techniques in Psychiatry*, London: Oxford University Press.

Shapiro, M. B. (1966) 'The single-case in clinical psychological research', *Journal of General Psychology* 74: 3–23.

Shapiro, M. B. (1975) 'The single variable approach to assessing the intensity of feelings of depression', *European Journal of Behavior Analysis and Modification* 1: 62–70.

Sidman, M. (1960) *Tactics of Scientific Research*, New York: Basic Books.

Singh, N. H. Dawson, M. J. and Gregory, P. R. (1980) 'Suppression of chronic hyperventilation using response-contingent aromatic ammonia', *Behavior Therapy* 13: 561–566.

Speer, D. C. (1992) 'Clinical significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 402–8.

Wacker, D., McMahon, C., Steege, M., Berg, W., Sasso, G. and Melloy, K. (1990) 'Applications of a sequential alternating treatments design', *Journal of Applied Behavior Analysis* 23: 333–9.

Wampold, B. E. and Furlong, M. J. (1981) 'The heuristics of visual inference', *Behavioral Assessment* 3: 79–92.

Watts, F. (1979) 'The habituation model of systematic desensitization', *Psychological Bulletin* 86: 627–37.

White, D. M., Rusch, F. R., Kazdin, A. E. and Hartmann, D. P. (1989) 'Applications of meta-analysis in individual subject research, *Behavioral Assessment* 11: 281–96.

Wolpe J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Youell, K. J. and McCullough, J. P. (1974) 'Behavioral treatment of mucous colitis', *Journal of Consulting and Clincal Psychology* 43: 740–5.

الفصل الثامن والثلاثون

التصميمات البحثيه التجريبية

Experimental research designs

B. S . Everitt ب . س . ايڤرت

الفصل الثامن والثلاثون

التصميمات البحثية التجريبية

ب . س .إيفرت B. S. Everitt

مقدمة

يتعلق الكثير من البحوث التى تُجرى فى علم النفس الاكلينيكى بتقييم إجراءات العلاج . ومن بين البحوث الأساسية فى هذا المجال الدراسة ، التى يتم خلالها تخصيص مجموعة من المفحوصين ، بطريقة ما لتلقى نوع معين من العلاج ، ثم تؤخذ القياسات على بعض المتغيرات التابعة موضوع الاهتمام . وفى فحص حول تأثير نوع معين من العقاقير على زمن الرجع مثلاً ، يصنف الباحث عدداً من المفحوصين لتلقى العلاج وعدداً آخر لتلقى علاج زائف . ثم يتم بعدئذ أخذ القياسات الخاصة بزمن رجع كل مفحوص على مهمة معينة . ويعد هذا أسهل الأمثلة للتصميمات البحثية على المجموعات . وحيث ينتج التأثير عن معالجة متغير واحد مستقل ، و تأثيرالعلاج على متغير واحد تابع ، وهو زمن الرجع هو الذى يقاس . وتتضمن بقية الأمثلة الأخرى أكثر من مجرد متغير واحد مستقل ، وقياس عديد من المتغيرات التابعة .

وعموماً ، يتضمن تحليل مثل هذه التصميمات أساليب إحصائية ، تعرف باسم تحليل التباين (١)، قدمها الإحصائى . أ فيشر R . A . Fisher فى العشرينيات . ويسمح استخدام هذه الأساليب للباحثين بفصل تباين مجموعة من الملاحظات إلى مكونات جزئية ، تمثل التباين الناتج عن المتغيرات المستقلة ، وذلك الناتج عن تأثيرات الصدفة وأخطاء القياس . ويتعين اعتبار هذا الأخير شوائب موقفية (٢) ، والتى يتوقع أن تكشف بعض التأثيرات محل الاهتمام . ويحاول تصميم المجموعتين (٣) البسيط الكشف عن الفروق بين المجموعات ، الراجع إلى التباين المتأصل فى الملاحظات الفرديه .

دراسات التجريب والملاحظة :

يمكن تقسيم الدراسات البحثية بشكل عام إلى تلك التى تقوم على الملاحظة ، والتجريبية . وكليهما يتضمن بصفة عامة مقارنة بين مجموعتين أو أكثر من المفحوصين . إحدى المجموعات هى التى تلقت العلاج الجديد ، أو التى تعرضت إلى عامل خطر معين ، أو أى شيء كائن ، ومجموعة أخرى تلقت العلاج المعتاد فقط ، أو علاجاً زائفاً، إذا لم تتعرض لعامل خطر ... إلخ . (وعموماً لاتقبل الدراسات التى يحصل فيها كل المرضى على سبيل المثال على علاج جديد ،سواء من منظور أخلاقى أو علمى) . والفرق الأساسى بين نوعى الدراسة هو حجم الضبط ، الذى يمارسه الباحثون على الطريقة التى يتم بها عقد

---

(1) Analysis of variance .
(2) Background noise .
(3) Two- group design .

المقارنات بين مجموعات المفحوصين . وجوهرياً ، لا يوجد فى الدراسة التى تقوم على الملاحظة ضبط ، بينما يوجد عادة فى الدراسة التجريبية ضبط كامل ، على الرغم من وجود أشكال من الفحص ، تقع فى موقع ما بين هذين النوعين المتطرفين (انظر مابعده).

ونعود فى الوقت الراهن إلى الدراسة التجريبية البسيطة ، التى أشير اليها فى المقدمة ، وحيث يقارن عقار مقابل عقار زائف ، ويتعين تصنيف المفحوصين بطريقة ما تحت الشرطين . ويعد هذا الأمر جانبا مهماً للغاية فى أى دراسة تجريبية ، فإذا تم توزيع المفحوصين بطريقة عرضية فى مجموعة أو أخرى ، فقد تكون هناك عوامل مرتبطة بطريقة التوزيع ، تتعلق بالمتغير التابع الذى يقاس . وقد يؤدى ذلك إلى قياس متحيز (١) للفروق بين المجموعات . وإذا تم ، على سبيل المثال ، وضع كل الذين تطوعوا أولاً فى مجموعة واحدة ، فقد تختلف المجموعتان فى هذه الحالة فى مستوى الدافعية ، وبالتالى فى أدائهم . والاجراء الملائم للتغلب على مثل هذه المشكلة هو ، بالطبع ، التصنيف العشوائى (٢) للمفحوصين فى المجموعات ، سواء إذا تقرر تلقى المفحوص لدواء أو لدواء زائف ، مثال ذلك بقذف قطعة عملة معدنية لأعلى . والميزة الأولية للعشوائية (٣) تتمثل فى التوزيع بالصدفة (وبالتالى عدم التحيز) للعوامل الدخيلة بين المجموعات ، التى ستقارن كما أنها توفر الضبط على امتداد هذه التأثيرات ، سواء عرف المجرب بوجودها أم لا . ويتعين ملاحظة أن العشوائية لاتدعى معالجة العينتين بالتساوى من حيث هذه العوامل ، غير أنه إذا طبق الإجراء نفسه على عينات متكررة ، سيتم تحقيق التساوى على المدى البعيد . وعلى هذا فإن العشوائية تؤكد نقص التحيز ، وحيث لاتستطيع أساليب تصنيف أخرى أن تفعل ذلك . وفى تجربة تستخدم هذا الأسلوب لتكوين مجموعات مقارنة ، يكون تفسير الفرق الجوهرى بين المجموعات غير غامض إلى أقصى حد ، وسبب ذلك هو المعالجات المختلفة للظروف التى تتلقاها المجموعات .

وعلى النقيض من التجارب ، تلك الدراسات التى تكون فيها المتغيرات المستقلة هى التى أتت إلى الباحث ، كما لو كانت «جاهزة الصنع » (٤) ؛ ففى فحص العلاقة بين التدخين وضغط الدم الانقباضى (٥) على سبيل المثال ، لن يكون فى مقدور الفاحص توزيع الأفراد عشوائياً فى مجموعتى المدخنين وغير المدخنين . وبدلاً من ذلك تتم المقارنة بين مجموعتى المدخنين وغير المدخنين فى المجموعة الطبيعية من أصحاب ضغط الدم الانقباضى . ويمكن تحليل مثل هذه الدراسات القائمة على الملاحظة أساسًا بالأساليب الاحصائية ذاتها ، كما يحدث فى التجارب . ومع ذلك تظهر المشكلات فى تفسير أية فروق تكتشف بين المجموعات ، فالفرق فى ضغط الدم بين المدخنين وغير المدخنين قد يكون له « على سبيل المثال» ثلاثة تفسيرات ممكنه :

١ – أن التدخين يسبب تغيراً فى ضغط الدم الانقباضى .

٢ – يميل مستوى ضغط الدم إلى تشجيع أو عدم تشجيع التدخين .

٣ – تلعب بعض العوامل غير المحددة دوراً فى تحديد كل من مستوى ضغط الدم ، وما إذا كان

(1) Bias .
(2) Random allocation .
(3) Randomisation .
(4) Ready made .
(5) Systolic blood pressure .

الشخص يدخن أم لا .

وفى موقع ما بين دراسات الملاحظة والدراسات المعملية ، تأتى الدراسات التى تحاول استبعاد حاله عدم الضبط فى البيئة غير المعملية . وقد يكون مثال ذلك برنامجاً تعليميًا ،صمم لمنع التدخين ، قدم فى احدى المدارس وليس فى الأخرى . وبعد فترة مناسبة من الوقت ، يجب تقييم البرنامج من خلال المقارنة بين المدرستين ، على نتائج مقياس اشتق من استجابات التلاميذ على استخبار يسألهم عن التدخين . ولا تعد هذه تجربة بالمعنى الصارم ، طالما أنها تترك الكثير من الظروف دون ضبط ، مثال ذلك الفروق الممكنة بين خلفيات الأطفال الملتحقين بالمدرستين. وعلى الرغم من ذلك ولأن مثل هذه الفحوص تصمم بهدف الاقتراب بقدر الإمكان من التجربة المعملية المثاليه ، فإنها تسمى عمومًا شبه تجريبية (١) . وهناك بديلان محتملان لتحقيق ضبط خلال التصنيف العشوائى ، يتعين الإشارة إليهما ، هما : المطابقة (٢) وتحليل التغاير (٣) . والمطابقة هى العملية التى يحاول الباحث من خلالها المساواة بين المجموعات ، فى عدد من المتغيرات ، التى يعتقد أنها تؤثر فى المتغير التابع . وفى البحث الخاص بالتدخين وضغط الدم على سبيل المثال ، يتعين التفكير فى الحصول على مجموعات من المدخنين ، وغير المدخنين ممن يتطابقون فى متوسط العمر ، أو المطابقة بين المدخنين وغير المدخنين فى عامل واحد مثل الجنس ، و على الرغم من أن المطابقة شائعة للغاية بين الباحثين النفسيين ، إلا أنها تتضمن عدداً من العيوب ، أهمها هو أن المطابقة تضبط فقط تلك المتغيرات الدخيلة التى حددها الباحث بالفعل، وتتبقى إمكانية عدم ضبط متغيرات أخرى ، قد تؤثر فى الاستجابه .

وسيناقش الضبط الإحصائى باستخدام تحليل التغاير فى القسم ، الذى يبدأ فى صفحه ٩٠١.

دور النماذج فى تحليل البيانات

تقلد النماذج الأشياء الحقيقيه بصوره أبسط أو أكثر إقناعًا ؛ فخريطة الطريق على سبيل المثال تنمذج جزءًا من سطح الأرض ، فى محاولة لإعادة التعبير عن المواقع النسبية للمدن والطرق والخصائص الأخرى . ويستخدم الكيميائيون نماذج الجزيئات (٤) لمحاكاة خصائصهم النظرية ، والتى يمكن أن تستخدم بدورها للتنبؤ بسلوك الأشياء الحقيقية ، والنموذج الجيد يقتفى بأكبر قدر ممكن من الدقة خصائص الأشياء الحقيقية ؛ حتى يكون مقنعا للاستخدام .

وتسمح النماذج الإحصائية بالخروج باستدلالات عن الأشياء أو النشاط أو العمليات ، من خلال نمذجة بعض البيانات الملاحظة . ولنفترض على سبيل المثال أن طفلاً حصل على ٢٠ درجة على اختبار للقدره اللفظية ، وبعد دراسته القاموس لبعض الوقت حصل على ٢٤ درجة على اختبار مشابه ؛ فإذا كان من المعتقد أن دراسة القاموس تسببت فى تحسنه ، إذًا فالنموذج المحتمل لما يحدث هو :

٢٠ = (الدرجة الأولية للشخص)

٢٤ = (الدرجة الأولية للشخص) + (التحسن)

ويمكن تعرف مقدار التحسن ببساطة ، من خلال طرح الدرجة الأولى من الدرجة الثانية .

غير أن مثل هذا النموذج شديد السذاجة بالطبع ، طالما أنه يفترض أن القدره اللفظية هى مما

(1) Qmasi- experimental .
(2) Matching .
(3) Analysis of covariance .
(4) Molecules .

يمكن قياسه بدقة . أما القدر الأكبر من الواقعية فى التعبير عن الدرجتين ، والذى يسمح باحتمال وجود خطأ فى القياس فهو :

$$س_1 = ص + خ_1 \quad (1)$$

$$س_2 = ص + ت + خ_2$$

وحيث تعبر $س_1$ ، $س_2$ عن الدرجتين على القدرة اللفظية ، وتعبر ص عن الدرجة الأساسية الحقيقية للقدرة اللفظية ، وتعبر ت عن مقدار التحسن ، ويعبر الرمزان $خ_1$ ، $خ_2$ عن خطأ القياس . وهنا يمكن قياس درجة التحسن باعتبارها $س_2 - س_1$.

ويوفر مثل هذا النموذج وصفاً دقيقاً لما يفترض الباحث أنه يحدث فى موقف معين ، ويقال فى هذه الحالة أن التحسن ت يعد مستقلاً عن ص ، وأنه أضيف إليها ببساطة (وهناك نقطة مهمة يجب الإشارة اليها هنا، وهى أنك إذا لم تكن تعتقد فى نموذج ما ؛ فعليك ألا تقوم بالعمليات والتحليلات للبيانات التى تفترض صحتها) .

افترض الآن أنه يعتقد أن دراسة القاموس تؤدى إلى نتيجة أفضل ، إذا ما كانت لدى الطفل درجة متوسطة على القدرة اللفظية ، وأن التأثيرات العشوائية المختلفة التى تؤثر فى الدرجات على الاختبار تابعة أيضاً للدرجه الحقيقية ، إذاً يتعين أن يصبح النموذج الملائم كالآتى :

$$س_1 = ص\ خ_1$$

$$س_2 = ص\ ت\ خ_2 \quad (2)$$

وقد تم الآن ضرب الرموز لتشير إلى الدرجات الملاحظة $س_1$ ، $س_2$ ، وهنا يمكن تقدير قيمة ت بقسمة $س_2$ على $س_1$.

وهناك احتمال آخر، وهو أن هناك حدوداً (د) للتحسن ، وأن دراسة القاموس تحسن الأداء على اختبار القدرة اللفظية بنسبة ما من التحسن الممكن للطفل ؛ أى د - ص . وسيكون النموذج الملائم كالآتى :

$$س_1 = ص + خ_1$$

$$س_2 = ص + (د - ص)\ ت + خ_2 \quad (3)$$

ولا توجد فى هذا النموذج طريقة لتقييم ت من البيانات ، مالم تكن قد أعطيت قيمة ل د .

ويجب أن يعتمد القرار المتعلق بالنموذج الملائم باكبر قدر على المعلومات الأولية للباحث عن المجال. وعلى الرغم من ذلك ففى الكثير من المواقف المتعلقة بالنماذج الخطية الانجماعية (1) يتخذ هذا القرار تلقائياً مثلما يحدث فى المعادلة رقم (1) ، طالما تسمح مثل هذة النماذج باستخدام الكثير من الأساليب الإحصائية القوية لمعالجة البيانات . ويستخدم أسلوب تحليل التباين ، على سبيل المثال ، مثل هذة الأساليب . وقد تطورت خلال السنوات الأخيرة النماذج الخطية التعميمية (2) لتسمح بتطبيق

---

(1) Additive Linear models .
(2) Generalised Linear models .
(3) Analogous models .

النماذج التناظرية (٣) على أنواع متعددة من أنماط البيانات ، بما فى ذلك تلك التى تتضمن المتغيرات الفئوية (١) والرتبية (٢) التابعة (انظر لشرح تفصيلى Mc Cullagh and Nelder, 1989)

التصميم ذو الاتجاه الواحد :

يعالج ، فى هذه التصميمات ،متغيراً واحداً مستقلاً ويقاس تأثير هذه المعالجة على متغير واحد تابع ، فى أبسط أشكال التصميمات البحثية ، التى يستخدمها الباحثون النفسيون : وهو ما يطلق عليه اسم التصميم ذى الأتجاة الواحد (٣) ، أو يطلق عليه أيضاً فى حالة ماإذا كانت المجموعات قد تحددت من خلال توزيع عشوائى ، إسم تصميم المجموعات العشوائية (٤) . والسؤال الذى يحظى بالقدر الاكبر من الأهتمام هو : هل يمكن اعتبار أن للمتغير التابع متوسط المجتمع الممثل نفسه بكل مستوياتة فى المتغير المستقل . وعندما يكون هناك مستويين فقط للمتغير التابع ، يمكن الإجابة عن هذا السؤال بتطبيق اختبار ت المعتاد ، وحيث يكون الفرض الصفرى المتعلق هو :

$$ف_{صفر} : س_{١} = س_{٢} \quad (٥)$$

وحيث $س_{١}$ ، $س_{٢}$ هما متوسطى المجتمع للمجموعتين ، و يتعين أن يكون الفرض البديل فى اتجاة واحد ، مثال ذلك

$$ف_{١} : س_{١} < س_{٢} \quad ، \quad ف_{١} : س_{١} > س_{٢}$$

أو فى الاتجاهين

$$ف_{١} : س_{١} \neq س_{٢}$$

ويطبق اختبار ت للمجموعات المستقلة أو المجموعات المترابطة اعتماداً على كيفية اختيار المفحوصين فى كل مجموعة منهما . والتفاصيل الخاصة بكل المصطلحات المشار اليها بالخط المائل وكيفية استخدام اختبار ت متاحة فى أى مرجع إحصاء أولى ، فى Altman (1991) على سبيل المثال.

وعندما يكون للمتغير المستقل أكثر من مستويين ، ك من المستويات مثلاً ، يصبح الفرض الصفرى الملائم هنا هو :

$$ف_{صفر} : س_{١} = س_{٢} = \ldots\ldots = س_{ك}$$

وبصفة عامة ، يكون الفرض البديل هو أن كل المتوسطات غير متساوية ، ويغري هذا بالتفكير فى أن مثل هذا الفرض يجب اختباره بسلسلة من اختبارات ت لكل زوج من المتوسطات ، وعلى الرغم من ذلك فمثل هذا الإجراء غير ملائم نتيجة للآتى :

---

(1) Categorial .
(2) Ordinal .
(3) One way design .
(4) Randomised group design .
(5) µ (ميو) أو متوسط المجتمع

أفترض أن كل اختبار من أختبارات ت استخدم عند مستوى دلالة فا (١)، وبالتالى فبالنسبة لأى من هذه الاختبارات :

ح (٢) (رفض تساوى المتوسطين ، عندما يكون الفرض صحيحًا) = فا وبالتالى :

ح (قبول تساوى المتوسطين عندما يكون الفرض صحيحا) = فا ١

وبدلك يكون العدد الكلى لاختبارات ت لكل أزواج المتوسطات بين ال ك مجموعة هو :

م = ك (ك - ١) / ٢ وهكذا .

ح (قبول تساوى المتوسطين بالنسبة لكل اختبارات ت ، التى أجريت عندما يكون الفرض صحيحًا) = (١ - فا) ^{م}

و ....هكذا حتى النهاية .

ح (رفض تساوى المتوسطين بالنسبة لاختبار واحد على الأقل من اختبارات ت ، التى أجريت عندما يكون الفرض صحيحًا) = ١ - (١ - الفا) ^{م} وبالنسبة لقيم معينة لكل من ك و الفا = ٠,٠٥ نصل إلى :

ك	م	الاحتماليه
٢	١	١ - (٠,٩٥)^{١} = ٠,٠٥
٣	٣	١ - (٠,٩٥)^{٣} = ٠,١٤
٤	٦	١ - (٠,٩٥)^{٦} = ٠,٢٦
١٠	٤٥	١ - (٠,٩٥)^{٤٥} = ٠,٩٠

وتتزايد احتمالية الرفض الزائف للفرض الصفرى بسرعة بأكثر من مستوى الدلالة المختار ، ومن الواضح أن مثل هذا المنحى يمكن أن يزيد من الاستخلاصات المضللة .

والإجراء الملائم لاختبار تساوى عدد قدرة ك من المتوسطات فى تحليل التباين ، بافتراض ،أن الملاحظات تتفق مع النموذج الخطى على وجه العموم هو :

$$س_{ر م} = س + فا_{ر} + خ_{ر م} \quad (٤)$$

وحيث $س_{ر م}$ هى العدد م من الملاحظات فى عدد من المجموعات قدرها ل ، س هى المتوسط العام ، $فا_{ر}$ هى التأثير على أحدى الملاحظات لكونها أحد افراد المجموعات ل ، $خ_{ر م}$ هى الخطأ العشوائى ، والذى يفترض أنه يتوزع اعتداليا بمتوسط صفر ، وتباين ع^{٢} .

---

(1) α (الفا)

(2) Pr (احتمالية)

وبافتراض مثل هذا التصميم ، يمكن إعادة كتابة الفروض الخاصة بتساوى متوسطات المجموعات بتعبيرات معامل ألفا كالآتى :

$$ف_{صفر} : فا_{١} = فا_{٢} = ... فا_{ك} \qquad (٥)$$

ويعزى تجزئى التباين الكلى للملاحظات إما إلى وجود فروق فى المتوسطات ، أو إلى وجود فروق بين الملاحظات فيما بين المجموعات . ووفق فرض تساوى متوسطات المجموعات يكون تباين ما بين المجموعات وداخل المجموعات تقديراً للتباين ، ع٢ ، ويوفر اختبار ف لتساوى هذين المصدرين للتباين اختباراً بالتالى للفرض المحدد فى المعادلة رقم (٥) .

ونستخدم بحثًا وصفة كابور Kapor (1981) لعرض تحليل للتصميم فى اتجاة واحد ، وحيث تمت دراسة تاثير زاوية مفصل الركبة على كفاءة ركوب الدراجة . وقيست الكفاءة بوصفها المسافة التى يتم تبديلها ببدال الدراجة على مقياس لمدى العضلة حتى لحظة الشعور بالتعب . وقد اختار المجرب ثلاث زوايا لمفصل الركبة ، قدرها ٥٠° ، ٧٠° ، ٩٠° ، واشترك ثلاثون مفحوصاً فى التجربة ، وتم توزيعهم كل عشرة فى مجموعة ذات زاوية معينة عشوائيا . وأُحتفظ بقوة سحب مقياس مدى العضلة ثابتًا عند ١,٥كم ، وطلب من المفحوصين المتبديل بسرعة ثابتة تبلغ ٢٠كم / ساعة حتى يصلوا إلى درجة التعب . و يبين جدول (١ – ٣٨) البيانات .

وعلى الرغم من أنه من المعروف أن اختبارات ف التى استخدمت فى تحليل التباين غير حساسة حتى للبعد المعتدل عن فروض اعتدالية التوزيع والتجانس (أى أن مجتمع كل مجموعة لة التباين نفسه) . غير أنه من الممارسات الجيدة بذل بعض الجهد لمراجعة أى انحراف عن كلا الفرضين . ويؤدى ذلك فى هذه الحالة إلى صعوبة محددة نتيجة للعدد الصغير نسبيًا من الملاحظات فى كل مجموعة . و على الرغم من ذلك ، وبصفة عامة قد تكون الأساليب البيانية مثل الرسم البيانى للساق ، والأوراق ، أو التعبير البيانى عن الاحتمالية ذات فائدة كبيرة (انظر : Altman, 1991) والاختبارات المنهجية لكل من الاعتدالية والتجانس متاحة ، ولكنها غير ضرورية فى أغلب الاحوال . ويقدم شكل (١ – ٣٨) تعبيراً بيانياً بسيطًا لبيانات زاوية الركبة . وحيث يبدو أن الملاحظات الخاصة بالزواية ٩٠° تتضمن حالتين متباعدتين ، بينما تنقسم الملاحظات الخاصة بالزاوية ٥٠° إلى مجموعتين ، وعلى الرغم من ذلك فإن هذه الحالات البسيطة هنا فى البيانات سيتم تجاهلها .

ويبين جدول (٢ – ٣٨) بيانات تحليل التباين فى اتجاة واحد وحجم معامل ف . وتشير الدلالة

الاحتمالية الخاصة بة بوضوح إلى أن متوسطات المسافات التى تم قطعها ليست متشابهه فى المجموعات الثلاثة .

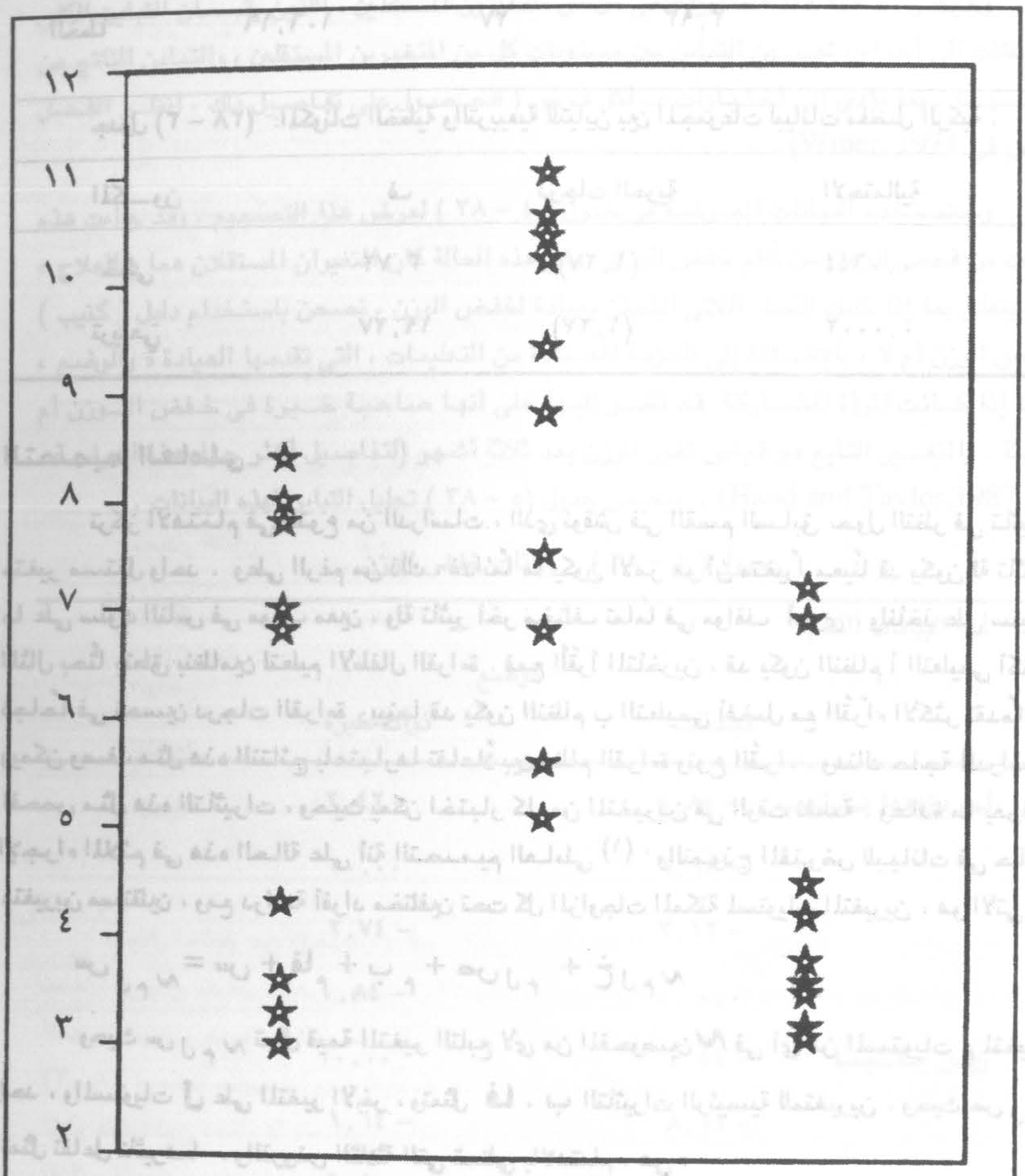
جدول (١ – ٣٨) تأثير زاوية مفصل الركبة على كفاءة ركوب الدراجة

	زاويه مفصل الركبة ٥٠	٧٠	٩٠
إجمالي المسافه المقطوعه بالكيلومترات	٨,٤	١٠,٦	٣,٢
	٧,٠	٧,٥	٤,٢
	٣,٠	٥,١	٣,١
	٨,٠	٥,٦	٦,٩
	٧,٨	١٠,٢	٧,٢
	٣,٣	١١,٠	٣,٥
	٤,٣	٦,٨	٣,١
	٣,٦	٩,٤	٤,٥
	٨,٠	١٠,٤	٣,٨
	٦,٨	٨,٨	٣,٦

و تفسير دلالة الفروق واضحاً فى حالة المجموعتين بصورة مقنعة ، غير ان الأمر يتطلب تحليلاً إضافياً للكشف عن كيفية اختلاف المتوسطات فى حالة الثلاثة مجموعات أو أكثر : هل تختلف جميعها على سبيل المثال ، أم أن مجموعة واحدة هى التى تختلف عن بقية المجموعات .... إلخ . وعموماً لاتوجد إجابة إحصائية كاملة تماماً لما يجب القيام بة فى هذه الحالة . وقد طورت مجموعةُ من الأساليب التى يطلق عليها اسم أساليب المقارنة المتعددة [1] ، والتى يمكن دائماً أن تكون مفيدة (أنظر لتفاصيل ذلك : Klockars and Sax, 1986) . وعلى الرغم من ذلك ، يمكن تطبيق أكثر من أسلوب مباشر فى مثال مفصل الركبة ، طالما أن للمجموعات ترتيباً واضحاً . وفى مثل هذه الحالات يمكن تجزئة تباين المجموعات إلى درجة واحدة من مكونات الحرية يمثل التباين الذى يرجع إلى الاتجاة الخطى [2] أو الاتجاه التربيعى[3] الخ . فإذا اجرى مثل هذا التحليل هنا، فستكون النتائج التى يمكن الحصول عليها هى التى يعرضها جدول (٣ – ٣٨) ، ومن الواضح ان الفرق الرئيسى بين المجموعات هو فى صياغتها بتعبيرات المكونات التربيعية التى تعكس البنية التى يعرضها شكل (١ – ٣٨) لمتوسط المسافات المقطوعة ، تحت

(1) Multiple Comparison techniques .
(2) Linear trend .
(3) Quadratic trend .
(4) Ordinal .
(5) Intervals .

الشروط المتزايدة بدءاً من ٥٠ْ إلى ٧٠ْ وانتهاءً بـ ٩٠ْ، وعندما يوضع فى الاعتبار أن المتغير التابع رتبى(٤) ، وليس مسافات (٥) ، يتوفر إجراء مكافئ لتحليل التباين الذى سبق شرحه ، يستخدم فقط رتب الملاحظات(١) ، وهو معروف باسم اختبار كروسكال – واليس (٢) (الفصل التاسع Altman, 1991)



شكل (١ – ٣٨) : عرض بياني لبيانات مفصل الركبة لجدول (١ – ٣٨) .

(1) Ranks .

(2) Kruskal - Wallis test .

جدول (٢ – ٣٨) : تحليل التباين لبيانات مفصل الركبة .

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
بين الزوايا	٩٠,٥٦	٢	٤٥,٢٨	١١,٥٢	,٠٠٠٢
الخطأ	١٠٦,١٦	٢٧	٣,٩٣		

جدول (٣ – ٣٨) :المكونات الخطية والتربيعية للتباين بين المجموعات لبيانات مفصل الركبة .

المكـــون	ف	درجات الحرية	الاحتمالية
خطى	٣,٧٢	(١,٢٧)	٠,٠٦٤٤
تربيعي	١٩,٢٧	(١,٢٧)	٠,٠٠٠٢

التصميم العاملى

تركز الاهتمام فى النوع من الدراسات ، الذى نوقش فى القسم السابق ،حول النظر فى تأثير متغير مستقل واحد . وعلى الرغم من ذلك ، فدائمًا ما يكون الأمر هو أن متغيرًا معينًا قد يكون له تأثير ما على سلوك الناس فى موقف معين ، وله تأثير آخر مختلف تمامًا فى مواقف أخرى . ولنأخذ على سبيل المثال بحثًا يتعلق بنظامين لتعليم الأطفال القراءة . فمع القُرّا المتأخرين ، قد يكون النظام أ التعليمى أكثر نجاحًا فى تحسين درجات القراءة . بينما قد يكون النظام ب التعليمى أفضل مع القُرّاء الأكثر تقدمًا . ويمكن وصف مثل هذه النتائج باعتبارها تفاعلاً بين نظام القراءة ونوع القُرّاء . وهناك حاجة للدراسة لفحص مثل هذه التأثيرات ، وحيث يمكن اختبار كل من المتغيرين فى الوقت نفسة . وعادة ما يعرف الإجراء الملائم فى هذه الحالة على أنة التصميم العاملى (١) ، والنموذج المفترض للبيانات فى حالة متغيرين مستقلين ، ومع دراسة أفراد مختلفين تحت كل المزاوجات الممكنة لمستويات المتغيرين ، هو الآتى :

$$س_{ل م ن} = س + فا_{م} + ب_{م} + ص_{ل م} + خ_{ل م ن}$$

وحيث $س_{ل م ن}$ تمثل قيمة المتغير التابع لأى من المفحوصين ن فى أى من المستويات م لمتغير واحد ، والمستويات ل على المتغير الآخر ، وتمثل فا ، ب التأثيرات الرئيسية للمتغيرين ، وحيث $ص_{ل م}$ تمثل تفاعل تأثيرهما ، والفروض الثلاثة التى تحظى بالاهتمام ، هى :

١ – لا يوجد فرق فى متوسطات المتغير المستقل عن المستويات المختلفة للمتغير الأول المستقل .

٢ – وبالمثل بالنسبة للمتغير الثانى .

٣ – لا يوجد تأثير تفاعلى بين المتغيرين .

ويمكن وفق معلمات النموذج ، صياغة ذلك فى الآتى :

---

(1) Factorial design .

هـ صفر (١) : فا١ = فا٢ = ... فار = صفر (٧)

هـ صفر (٢) : ب١ = ب٢ = ... ب د = صفر

هـ صفر (٣) : ص ل م = خ ل = ١ ، ٢ ..... د م = ١ ، ٢ ..... د

وحيث ر ، د هما عدد المستويات فى كل من المتغيرين المستقلين ، اللذين يقسمان التباين الكلى للملاحظات إلى أجزاء ، تعبر عن التباين بين مستويات كل من المتغيرين المستقلين ، والتباين الناتج عن تفاعلهما ، بما يؤدى إلى اختبارات ف لكل فرض (للحصول على تفاصيل ذلك ، انظر الفصل الخامس فى Winer, 1971) .

وستستخدم البيانات المعروضة فى جدول (٤ – ٣٨) لعرض هذا التصميم ، وقد جاءت هذه البيانات من فحص لنوعين من نُظم خفض الوزن . وفى هذه الحالة كان المتغيران المستقلان هما « العلاج » والذى يتعلق بما إذا كانت النساء اللاتى التحقن بعيادة لخفض الوزن ، نصحن باستخدام دليل (كتيب) لإنقاص الوزن أم لا ، بالإضافة إلى الحزمة المعتادة من التعليمات ، التى تقدمها العيادة « والوضع » أى ما إذا كانت المرأة المشاركة قد نظر إليها على أنها صاحبة خبرة فى خفض الوزن أم مبتدئة . والمتغير التابع هو قياس تغير الوزن بعد ثلاثة أشهر (لتفاصيل أكثر حول هذه الدراسة ، انظر Hand and Taylor,1987) ، ويعرض جدول (٥ – ٣٨) تحليل التباين لهذه البيانات .

جدول (٤ – ٣٨) : بيانات خفض الوزن .

أ – البيانات الخام

	الوضع	
	مبتدئات	ذوات خبره
لم يزودوا بكتيب	٥,٨٥ –	٢,٤٢ –
	١,٩٨ –	٠٠,٠٠
	٢,١٢ –	٢,٧٤ –
	٠,٠	٠,٨٤ –
زودن بكتيب	٤,٤٤ –	٠٠,٠٠
	٨,١١ –	١,٦٤ –
	٩,٤٠ –	٦,٤٠ –
	١,٥٠ –	٦,١٥ –

أخرى لتصميمات القياسات المتكررة.

جدول (٧ – ٣٨) تصميم ثنائى العوامل لقياسات متكررة علي عامل واحد

	المفحوصين	أحادي	ثنائي	ثلاثي
مرتفعي القلق	١	٥٠٢	٥٨٠	٦٤٠
	٢	٥٧٤	٦١٠	٦٠٠
	٣	٤٨٠	٥٢٠	٥٨٠
	٤	٤٩٦	٥٣٠	٦١١
	٥	٥٢٠	٦٠٠	٦٢٠
	٦	٥١١	٦٣٠	٦٢٠
	٧	٤٩٣	٥٨٦	٦٠١
	٨	٥٢١	٦٥٢	٦٧٠
	٩	٤٤٠	٥٩٣	٤٨٥
منخفضى القلق	١٠	٤٥١	٦٧٠	٧٠٧
	١١	٤٨٠	٥٨٧	٦٥٠
	١٢	٥١٢	٦٥٠	٦٨٠
	١٣	٤٠٢	٥٢٢	٦٢١
	١٤	٤٧٢	٦٩٠	٦٨٠
	١٥	٤٨٠	٥٩٥	٦٥٣
	١٦	٣٩٥	٥٥٢	٦٥١
	١٧	٤٧٠	٥٩٧	٧١٥
	١٨	٥٧٦	٧٨٩	٨٣٥

المصدر : Broota (1989)

وأحد الأشكال الشائعة على وجة الخصوص لتصميم القياسات المتكررة هو دراسة التحويل (١) ٢ ×٢ ، والتى قورنت فيها معالجتان . وقد صنف المفحوصين عشوائيًا فى هذه الدراسة فى مجموعتين . تلقى المفحوصين فى إحدى المجموعات المعالجة P تتبعها المعالجة ب ، وتلقى المفحوصين فى المجموعة

(1) Crossover .

الثانية المعالجتين بنظام عكسى ، والنموذج الممكن لهذا النمط من التصميمات ، هو :

س ل م ن = س + ت ل م + ف ن + ب ى + ص ى ن + خ ل م ن (٨)

وحيث ت ل م هى تأثير م من المفحوصين فى ل من المجموعات ، ف ن هى تأثير ن من المرات ، ب ى هى تأثير ى من المعالجات ، ص ى ن هى المعالجات × تأثير فترات التفاعل والذى عادة ما يشار إلية بإعتبارة التأثير المرحل (١) وهناك عديد من المشكلات التى يتضمنها هذا النوع من التصميمات ناقشها براون (1980) Brown وزيمرمان ورالف (1980) Zemmermann and Rahlfs وارميتاج وهيل (1982) Armitage and Hills ، وجونز وكينوارد (1989) Jones and Keenward على سبيل المثال :

جدول (٨ – ٣٨) تحليل التباين لبيانات جدول (٧ – ٣٨) .

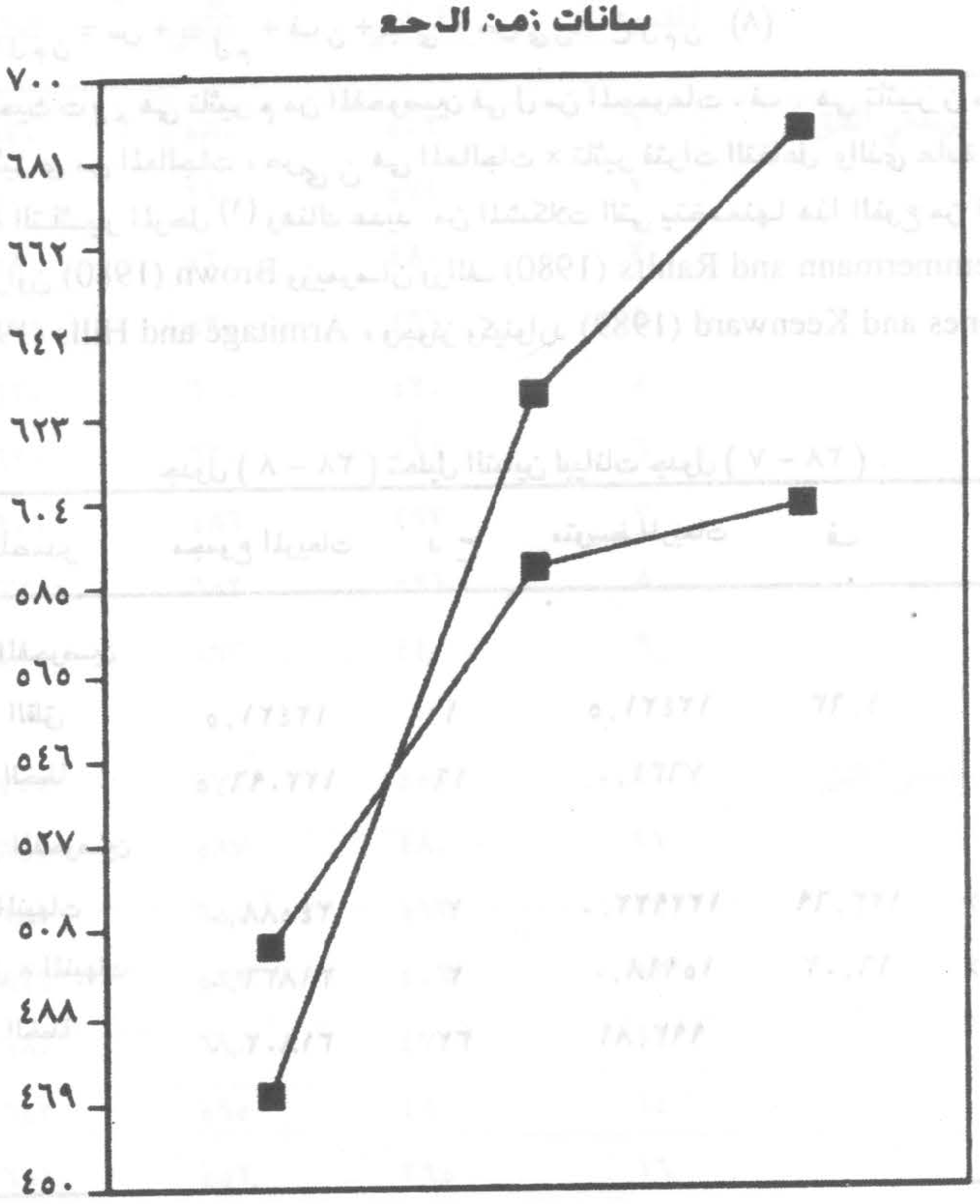
المصدر	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
بين المفحوصين					
القلق	١٢٤٢١,٥	١	١٢٤٢١,٥	١,٦٣	,٢٢٠
الخطأ	١٢٢٠٩٦,٥	١٦	٧٦٣١,٠		
داخل المفحوصين					
المنبهات	٢٤٥٨٨,٠	٢	١٢٢٩٢٢,٠	١٢٣,٦٩	< ٠,٠٠٠١
القلق × المنبهات	٣١٨٣٦,٠	٢	١٥٩١٨,٠	١٦,٠٢	< ٠,٠٠٠١
الخطأ	٣١٨٠٢,٠	٣٢	٩٩٣,٨١		

وتتعلق أكثر القضايا الصعبة بالتأثير المرحل الممكن . وبصفة عامة يوصى بعدم استخدام تصميم التحويل ، مالم يتم بداية استبعاد هذه التأثيرات .

تحليل التغاير المشترك .

سبقت الإشارة فى الجزء الخاص بالدراسات التجريبية ودراسات الملاحظة ؛ إلى أن الباحثين دائماً ما يحاولون تخطى مسالب الدراسات ، التى يكون التوزيع العشوائى للعينة فيها غير ممكن ، وذلك من خلال المطابقة بين المفحوصين على المتغيرات ، التى يعتقد أنها تؤثر فى المتغير التابع ، أو بواسطة أسلوب ضبط إحصائى ، يعرف باسم تحليل التغاير المشترك (٢) . ويتضمن هذا الأسلوب قياس واحد أو أكثر من المتغيرات المصاحبة ، بالإضافة إلى المتغير التابع موضوع الاهتمام الاساسى .

(1) Carryover .
(2) Analysis of Covariance .



شكل (٢ – ٣٨) : متوسطات بيانات القلق

ويتم استخدام هذه القياسات لتعديل (١) . المتغير التابع ، بطريقة ما ، بحيث تصبح المجموعات أكثر قابلية للمقارنة . وهنا فقط يمكن استخدام الاختبارات ؛ لقياس الفروق بين المجموعات على المتغير التابع . والبيانات التى يعرضها جدول (٩ – ٣٨) ، على سبيل المثال هى درجات القلق لمرضى ، تعرض كل منهم لطريقة من ثلاث طرق مختلفة لخلع ضرس العقل . وقد سجلت البيانات قبل العملية وعند مغادرتهم المستشفي بإستخدام بطارية سبيلبرجر للقلق . والباحث مهتم هنا بالفروق بين المجموعات فى القلق عند مغادرة المستشفى ، غير أنه يرغب فى « ضبط » المستوى الأساسى للقلق ، ويمكن لذلك أن يتم باستخدام نموذج تحليل التغاير المشترك الآتى :

(1) adjust.

$$ص_{لم} = س + فا_{ل} + ب\,(س_{لم} - س) + خ_{لم} \qquad (٩)$$

الطريقة	المريض	القلق الاولي	القلق عند مغادرة المستشفى
الأولى	١	٣٠,٢	٣٢,٠
	٢	٣٥,٣	٣٤,٨
	٣	٣٢,٤	٣٦,٠
	٤	٣١,٩	٣٤,٢
	٥	٢٨,٤	٣٠,٣
	٦	٣٠,٥	٣٣,٢
	٧	٣٤,٨	٣٥,٠
	٨	٣٢,٥	٣٤,٠
	٩	٣٣,٠	٣٤,٢
	١٠	٢٩,٩	٣١,١
الثانية	١١	٣٢,٦	٣١,٥
	١٢	٣٣,٠	٣٢,٩
	١٣	٣١,٧	٣٤,٣
	١٤	٣٤,٠	٣٢,٨
	١٥	٢٩,٩	٣٢,٥
	١٦	٣٢,٢	٣٢,٩
	١٧	٣١,٠	٣٣,١
	١٨	٣٢,٠	٣٠,٤
	١٩	٣٣,٠	٣٢,٦
	٢٠	٣١,١	٣٢,٨
الثالثة	٢١	٢٩,٩	٣٤,١
	٢٢	٣٠,٠	٣٤,١
	٢٣	٢٩,٠	٣٣,٢
	٢٤	٣٠,٠	٣٣,٠
	٢٥	٣٠,٠	٣٤,١
	٢٦	٢٩,٦	٣١,٠
	٢٧	٣٢,٠	٣٤,٠
	٢٨	٣١,٠	٣٤,٠
	٢٩	٣٠,١	٣٥,٠
	٣٠	٣١,٠	٣٦,٠

جدول (٩ – ٣٨) درجات القلق لمرضى يعانون من خلع ضرس العقل بإحدى ثلاث طرق .

وحيث ص ل م هى درجة القلق عند مغادرة المستشفى لعدد قدره «م» فى عدد من المجموعات قدره ل مجموعة ، وتناظر س ل م الدرجة الأولية للقلق . وبقية رمـــوز النموذج هى «س» أى المتوسط العام ، «فا ل» هو تأثير العدد ل من المعالجات التجريبية ، «ب» هى خط الانحدار ، خ ل م = البـاقى أو الخطأ . ويفترض النموذج :١) أن هناك علاقة خطية تربط بين المتغير التابع والمتغاير المشترك . ٢) أن خط هذا الانحدار متشابة فى كل المجموعات . ويبين جدول (١٠ – ٣٨) نتائج تحليل التباين ذى الاتجاة الواحد للقلق عند مغادرة المستشفى ، ونتائج تحليل التغاير المشترك باستخدام درجات القلق الأصلية ، باعتبارها المغايرة أو المصاحبة . ويشير التحليل البسيط إلى عدم وجود فروق بين طرق خلع الضرس ، غير أن تحليل التغاير يوحى أنة بعد السماح بإدخال تأثير قيم القلق الأساسية ، ظهر فرق بين الطرق المختلفة . وقد تم تعديل متوسطات القلق عند المغادرة ؛ لتتوافق مع درجات القلق. الأساسية الموضحة فى جدول (١٠ – ٣٨)

جدول (١٠ – ٣٨) تحليل التباين والتغاير المشترك لدرجات القلق فى جدول (٩ – ٣٨) .

أ – تحليل التباين في اتجاة واحد

المصدر	د ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
بين الطرق المختلفة	٢	٤,٣٢	٢,١٣	٠,١٤
الخطا	٢٧	٢,٠٢		

ب – تحليل التغاير

المصدر	د ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
القلق الاساسى	١	١٨,٤٤	١٣,٢٣	٠,٠٠١
بين الطرق المختلفة	٢	١٠,١٢	٧,٢٦	٠,٠٠٣
الخطأ	٢٦	١,٣٩		

جـ– المتوسطات المعدلة

الطريقة الأولي ١ – ٣٣,٢١

الطريقة الثانية ٢ – ٣٢,٢٢

الطريقة الثالثة ٣ – ٣٤,٤٨

بما يشير إلى أنها أعلى بالنسبة لطريقة الخلع الثالثة ، مقارنة بالطريقتين الآخريين (يجب بالطبع الحرص فى تفسير مثل هذه القيم المعدلة ، طالما أنها تعتمد جوهرياً على فروض الاستقامة والشكل المتساوى)

وقد قدم ر . أ فيشر R.A.Fisher (1932) منهج التغاير المشترك لأول مرة فى الإحصاء كوسيلة لخفض خطأ التباين ولزيادة حساسية التحليل التجريبى للفروق بين المتوسطات . ويعتمد الأسلوب على تحديد واحد أو اثنين من المتغايرات القابلة للقياس ، ذات العلاقة بمتغير الاستجابة ، وليس بشروط المعالجة التجريبية (وغالباً ما يتأكد ذلك من خلال قياس التغايرات قبل بدء المعالجة التجريبية) من خلال دمج القياسات المصاحبة فى التحليل ، ويمكن خفض باقى التباين إلى المدى الذى يعزى فيه إلى التغايرات ، بمعنى خفضة إلى المدى الذى تصبح فيه التغايرات والمحك مرتبطة ارتباطاً مستقيماً .

وقد استخدم هذا الأسلوب ، كما ابتكر اساساً ، مشاركة مع التصنيف العشوائى إلى مجموعات بهدف زيادة درجة دقة التجربة . و على الرغم من ذلك ، دائماً ما كان يعتقد فى علم النفس أن تحليل التغاير لا يؤدى إلى فائدة كبيرة فى حالة التصميمات العشوائية . وكان يعتبر بدلاً من ذلك جوهريا ، عندما لا يمكن تصنيف الأفراد عشوائياً ؛ باعتباره وسيلة للتخلص من مصادر التحيز المحتملة ، الناتجة عن المتغيرات الدخيلة . مثال ذلك ، قد يكون أحد الباحثين مهتمًا بتحديد ما إذا كان المفحوصون الاسوياء لديهم زمن رجع مختلف عن زمن رجع الفصاميين أو المرضى الاكتئابيين . وأحد المتغيرات التى تؤثر بشكل واضح فى زمن الرجع هو العمر ، وبالتالى قد يقرر استخدام تحليل التغاير ؛ لتعديل المقارنات بين زمن الرجع لدى المجموعات الثلاثة بناء على العمر .

ودون التساؤل حول الفروض المحددة للمنهج ، أى أن زمن الرجع مرتبط ارتباطاً مستقيماً بالعمر وبخط الانحدار نفسة فى كل مجموعة ، تظل هناك صعوبات أساسية حول مثل هذا التحليل . فأولاً من حيث عمليات المضاهاة قد تكون هناك متغيرات أخرى ، غير تلك التى قيست باعتبارها مغايرة ، أى العمر، تؤثر فى زمن الرجع ، ومالم يعمل العمر بوصفة بديلاً لها مجتمعة ، تظل المقارنة بين المجموعات مضللة . وثانياً سيحصل الباحث بعد إجرائه لتحليل التغاير على إجابة عن السؤال الآتى : باشتراط توحد العمر ، هل يختلف زمن رجع الأسوياء والفصاميين والاكتئابيين ؟ و على الرغم من ذلك قد لا يكون هذا السؤال حساساً ، طالما أن الفصاميين قد يكونون دائماً أصغر عمراً من المرضى الاكتئابيين . وقد ناقش فليس وتانور Fleiss and Tanur (1972) مثل هذه الصعوبات بقدر أكبر من التفصيل ، وعلى الباحثين الذين يعتزمون استخدام تحليل التغاير أن يتأكدوا أنهم على ألفة بمشكلاتة المحتملة .

ملخص :

تعد تصميمات المجموعات وتحليل التباين أدوات جوهرية فى كل فروع علم النفس ، ويحتاج الباحثون للألفة بأساسيات هذه الأساليب ، على أقل تقدير ؛ حتى يتمكنوا من تصميم دراسات معقولة وتحليلها بطريقة ملائمة ، وهم لا يحتاجون فى الوقت الحاضر ، بالطبع ، أن يكونوا على ألفة بالخطوات الحسابية لتحليل التباين ، طالما أن الحواسب يمكنها أن تحسب متوسط المربعات وقيم ف حتى بالنسبة لأكثر التصميمات تعقيداً خلال ثوان معدودة . و على الرغم من ذلك لا يخلو الأمر من مخاطر ، ومن المألوف أن نجد أن الكثير من النتائج المستخلصة من برنامج معقد مثل الـ Manova أو BMDP's 4 V فى الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية spss (١) يُساء فهمها من الكثير من مستخدميها . ومن المهم تذكر أن إتاحة الحزم الإحصائية (صديقة المستخدم أو غيرها) لا تعنى أن زيارة لأحد الإحصائيين لن تكون

(1) Statistical Package for Social Sciences .

References

Altman, D. G. (1991) *Practical Statistics for Medical Research*, London: Chapman and Hall.

Armitage, P. and Hills, M. (1982) 'The two period cross-over trial', *The Statistician* 31: 119–31.

Broota, K. D. (1989) *Experimental Design in Behavioural Research*, New Dehli: Wiley Eastern.

Brown, B. W. (1980) 'The cross-over experiment for clinical trials', *Biometrics* 36: 69–79.

Everitt, B. S. (1994) *Statistical Methods for Medical Investigations, 2nd edn*, London: Edward Arnold.

Fisher, R. A. (1932) *Statistical Methods for Research Workers*, Edinburgh: Oliver and Boyd.

Fleiss, J. L. and Tanur, J. M. (1972) 'The analysis of covariance in psychopathology', in M. Hammer, K. Salzinger and S. Sutton (eds) *Psychopathology*, New York; Wiley.

Greenhouse, S. W. and Geisser, S. (1959) 'On methods in the analysis of profile data', *Psychometrika* 24: 95–112.

Hand, D. J. and Taylor, C. C. (1987) *Multivariate Analysis of Variance and Repeated Measures: A Practical Approach for Behavioural Scientists*, London: Chapman and Hall.

Huynh, H. and Feldt, L. S. (1980) 'Performance of traditional F test in repeated measures designs under covariance heterogeneity', *Communications in Statistics – Theory and Methods* A9: 61–74.

Jones, B. and Kenward, M. G. (1989) *Design and Analysis of Cross-Over Trials*, London: Chapman and Hall.

Kapor, M. (1981) 'Efficiency on ergocycle in relation to knee-joint angle and drag', unpublished Master's dissertation, University of Delhi.

Klockars, A. J. and Sax, G. (1986) *Multiple Comparisons*, Sage University Paper 61, Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.

McCullagh, P. and Nelder, J. A. (1989) *Generalized Linear Models, 2nd edn*, London: Chapman and Hall.

Winer, B. J. (1971) *Statistical Principles in Experimental Design*, Tokyo: McGraw-Hill.

Zimmermann, H. and Rahlfs, V. (1980) 'Model building and testing for change over designs', *Biometric Journal* 22: 197–210.

الفصل التاسع والثلاثون

منهجية الحالة المفردة فى علم النفس العصبى الأكلينيكى

Single - Case methodology in clinical neuropsychology

أ. ج. م. كانافان A. G. M. Canavan

الفصل التاسع والثلاثون

منهجية الحالة المفردة فى علم النفس العصبى الأكلينيكى

أ. ج. م. كانافان A. G. M.Canavan

مقدمة

يهدف هذا الفصل تقديم الخطوط العريضة للبحوث ، التى يمكن القيام بها بعد الفحص النفسى العصبى ، مثل تلك التى وصفها بول وويلسون Powell and Wilson فى الفصل الرابع والثلاثين. ويشار إلى مثل هذة البحوث حيثما يلاحظ لدى المريض آفات (أى ضعف فى الأداء على الاختبارات) ، ترجع إلى بعض الاختلالات الكامنة (أى اضطراب القدرة). وبالتالى فإن تقييماً اكلينيكياً لن يكون كاملاً إذا ما أورد تقريرة النهائى ببساطة الآفات الملاحظة. وتتطلب طبيعة الاختلالات الكامنة التحديد، ويتحقق ذلك فقط من خلال تطبيق المنهج التجريبى . مثال ذلك أن أحد الأشياء التى تذكر فى التقرير ، هى أن أداء المريض ضعيف على الاختبار الفرعى تصميم المكعبات من اختبارات وكسلر، غير أنه أمر آخر تماماً أن تحدد لماذا يكون اداء المريض بمثل هذا الضعف.

وينحو هذا الفصل ليكون بمثابة مقدمة لهذا النوع الأخير من الفحوص. ولا يقترح هنا أن تكون دراسات الحالة المفردة (١) بديلا عن الدراسات الجماعية ، بوصفها المنهج الملائم للبحث فى علم النفس العصبى، طالما أنه من الواضح أن التعميم من الموقف الفردى يتسم بالخطورة. ومن المؤكد أن كولب وشهاو Kolb and whishaw ذهبا بعيداً فى دعوتهما «أن منهجية دراسات الحالة الفردية ليست أساساً حقيقياً للنظرية فى علم النفس العصبى »(Kolb and whishaw, 1980 : 321) و على الرغم من ذلك، فبالقدر نفسة يتعين أن لا تستبعد الدراسات الجماعية التفاصيل الجوهرية عند الفرد ؛ فالمنحيان متكاملان فى الحقيقة. و على الرغم من ذلك. فإن دراسات الحالة المفردة محفوفة بالمشاكل وعلى ذلك فإن جزءا كبيرا من هذا الفصل سيكرس لمناقشة الصعوبات الكامنة فى مثل هذة الدراسات.

وهناك سبب آخر لاستخدام دراسات الحالة المفردة ، هو أن بعض الزملات المرضية شديدة الندرة بحيث يكاد أن لا تكون هناك فرصة على الإطلاق ؛ لاستخدام التصميمات الجماعية لدراستها. وقد تكون حالة المريض هـ.م. (انظر صفحة ٩٢٢) فى الذهن عند قول ذلك ، فقد عانى هذا المريض من نوع خطير من فقدان الذاكرة ؛ نتيجة لإجراء جراحى لا يحتمل أن يتكرر مرة أخرى.

(1) Single - Case Studies.

وقد تكون بحوث الحالة المفردة مفيدة لأربعة أسباب مختلفة على الأقل. فهناك مبدأ "تجزئة الزملات (١)" والذى يتعين وضعة فى الاعتبار (Shallice 1979) ، والذى يذكر « أنه إذا لوحظ عدد أقل من الآفات المحددة فى زملة ما لدى مريض، فيتعين عندئذ تجزئة هذة الزملة بوصفها كينونة وظيفية إلى زملات نوعية أكثر "(ibid : 200)" . ثانيًا أن الاستدلالات الناتجة عن دراسات الحالة المفردة ، قد توفر فروضًا لفحوص تالية باستخدام الدراسات الجماعية. ثالثًا بينما يمكن القول أن الحالات المفردة تشكل أساساً غير آمن لتطوير النظريات، إلا أنه من الصحيح أيضًا أنه دائمًا ما تكون حالة مفردة هى كل المطلوب ضرورة لرفض فرض ما. رابعا، أن بحوث الحالة المفردة تكون دائما ذات فائدة للمريض لمساعدة الأخصائى النفسى العصبى ، على تصميم خطة علاج فردية مُثلى. وأخيراً، وبناء على ما يتضمنة ما سبق ذكره، يتعين التأكيد على أن النوع من دراسات الحالة ، الذى سيوصف فى هذا الفصل ، هو الذى يعتمد كلية على المنهج التجريبى. وهو الذى يتعين أن يوضع على الطرف المقابل لأكثر الدراسات المفضلة عند لوريا (مثال ذلك : Luria, 1968) وعند ساكس (1985) Sacks فى فترة أحدث ، والمعتمدة على الملاحظات الوقتية. وقد قدم هؤلاء المؤلفون كتابات رائعة جديرة بالذكر لمرضى ذوى آفات ملفتة ، أو غير معتادة و قاموا أحيانًابمعالجات بيئية دقيقة أو سلوكية هدفت لإلقاء المزيد من الضوء على هذة الآفات، وقدموا تخمينات رائعة حول الاختلالات الكامنة المحتملة. وعلى الرغم من ذلك ففى غيبة البحوث التجريبية المثابرة ، تظل مثل هذة الدراسات فى مستوى الوصف الأكلينيكى، ولن توضع فى الاعتبار فيما بعد فى هذا الفصل.

اجراء دراسة حالة

معلومات أساسية

من الواضح بشكل جوهرى أنه يجب استيفاء عمليات الاختبار (انظر الفصل ٢٤ :Powell and wilson) طالما أن تحديد معالم آفة (أو زملة) معينة يمكن أن يتحقق فقط من خلال استبعاد كل الآفات الأخرى المحتملة. وبالتالى فإن وصف آفة معينة للتذكر اللفظى مع نقص المعلومات الأساسية المتعلقة بوظائف اللغة بصفة عامة ، لن يكون أمرًا مقنعاً، كما سيكون الأمر كذلك بالنسبة لوصف عجز معين فى مهارات الرسم فى غيبة المعلومات الأساسية ، التى تتعلق ببقية القدرات التشكيليه.

ويعنى هذا واقعياً، أنه لا يمكن إجراء أية دراسة لحالة مفردة خلال ساعات قليلة ، مع ملاحظة أن أغلب مرضى التلف المخي يتعبون بسهولة، وبالتالى يتعين المحافظة على قصر جلسات الاختبار الفردية؛ حتى يمكن تجنب أثار التعب، وعلى هذا وبتعبيرات عملية ، فإن دراسة شاملة لحالة مفردة يمكن أن تكلف المريض والفاحص عدة أسابيع أو حتى شهور. وكما يلاحظ فى حالة هـ. م. استغرقت الدراسة أعواماً. ويجب أن تتضمن المعلومات الأساسية نتائج كل الفحوص الجسمية ، وحتى هذا المدى يكون الأخصائى النفسى العصبى مجبراً على أن يألف أكثر وأكثر أحدث أساليب التسجيل والتوصيف، وكيف تفسر نتائجها. ويخرج عن اهتمامات هذا الفصل مناقشة هذة الأساليب ، ولكن يمكن الحصول على مراجعة لبحوث رسام المخ (٢) والطاقات اللحائية البطيئة (٣) فى روكسترو وزملائة (1989) .Rockstroh et al وبيربومير وزملائه (1990) .Birbaumer et al، ونحيل القارئ إلى فورتشيلر ولوبيس دى سيلفا

(1) Fractionation of syndromes.

(2) Electroencephalogram (EEG).

(3) Slow cortical potential (SCP).

Pfurtscheller and lopes de silva (1988) واوتسون وروستين ottosson and Rostene (1989) – للحصول على وصف للتصوير بالرنين المغناطيسى (١) والتصوير بالبث البوزيترونى (٢) ، وبقية أساليب تصوير المخ. ومن الصحيح أيضاً أن الأخصائى النفسى العصبى يلعب دوراً جوهرياً فى الفحوص نصف الاختراقية ، مثل اختبارات اميتال الصورديوم (٣) ، وحيث يخدر كل نصف من نصفي المخ على الترتيب للسماح بتقييم وظائف النصف الآخر بمعزل عنة (مثال ذلك : Powell et al, 1987). ومن المحتمل أن هذا الدور سيستمر فى التوسع فى ميدان التصوير بالبث المبوزتيروني ، والتصوير بالرنين المغناطيسى.

وبالجمع بين هذين الأسلوبين، أصبح من الممكن الآن بالتأكيد تحديد مواضع وظائف (واختلالات وظيفية) معينة فى المخ الحى بدرجة كبيرة من الدقة. وسيصبح ذلك جانباً رئيسياً فى دراسات الحالة المفردة فى المستقبل. ودراسة أكشوموف Akshoomoff et al. (1992) مثال حديث لكيف يمكن لمثل هذة الأساليب التصويرية ، أن تؤدى إلى نتائج مهمة حتى عندما يكون حجم العينة ن = ١.، فالتفاصيل التشريحية التى توفرت من خلال التصوير بالرنين المغناطيسى ، سمحت لهولاء المؤلفين باستنتاج أن الآفات النفسية العصبية التى لوحظت فى مريضهم س. ذ ترجع على وجع التحديد إلى تلف فى المخيخ (٤)، وبالتالى تأيد أن المخيخ يسهم فى القدرة المعرفية (Bracke - Tolkmitt et al., 1989) ، وليس فى المهارات الحركية وحدها.

وبينما لا يمكن التأكيد مشدداً على أن المعلومات الأساسية ستتضمن كل الفحوص الجسمية ، وكذلك تفاصيل الإجراءات الجراحية وكل النتائج العصبية المرضية الملائمة، إلا أنها ستكون جوهرية رغم ذلك لتقديم تقرير واضح عن تعليم المريض وخلفيتة الوظيفية – واهتماماتة الخاصة، وما لا يدخل فى اهتماماته، ومستوى دافعيتة الحالى وهكذا. ومرة أخرى، كما يشير بول وويلسون Powell and wilson فى الفصل الرابع والثلاثين ،وقد يفى المثال الذى سبق وصفه فى كانڤان (Canavan, 1987) بالغرض فى هذة النقطة. فالمريضة الأنثى ج . ر التى عُرضت لمعاناتها من ضعف حاد فى الهجاء، والتى كان لديها غالبا عمه قرائى (٥) نتيجة لإصابة داخلية فى المخ، وكانت على الرغم من ذلك قادرة على قراءة كلمات معينة ، عندما تكون الحروف كبيرة بقدر كاف بما فى ذلك كلمات : صغير ، شجرة، حصان، سرج، ركاب وكانت قدرتها على الرسم معطوبة أيضا بشكل حاد، فيما عدا احتفاظها بقدرتها على رسم الخيول، وكانت هذة الجزر المنفصلة من القدرات ستظل لغزا بالنسبة لأى فاحص ، يفشل فى ملاحظة افتتان المريضة الممتد منذ فترة طويلة بالخيول.

الاختبارات المعدة لغرض خاص

ما إن يتم إجراء كل الاختبارات الأولية حتى يمكن التقدم نحو التحديد النوعى للزملة باستخدام اختبارات مخصصة لذلك. وقد تكون المعلومات الأساسية قد كشفت عن أفة واحدة. مثال ذلك ما يكشف عنة اختبار تصميم المكعبات الفرعي من وكسلر أو ظهور نمط من الآفات، دون أن يلقى بالضرورة ضوءاً على طبيعة الاختلال أو الاختلالات المسئولة عن هذة الآفات. وبدءاً من هذة النقطة ، تتبنى دراسة الحالة

(1) Magnetic resonance imaging (MRI)
(2) Positron emission tomography (PET).
(3) Sodium amytal.
(4) Cerebellar damag
(5)Dyslexia.

منهجية تجريبية تتضمن صياغة فروض وابتكار اختبارات دقيقة للاختيار بينها. ويتجة القسم التالى إلى مساعدة الفاحص على المضى فى هذة المهمة.

الفروض المشتقة من مادة الاختبار ذاتها

يعد التفكير فى خصائص الاختبار السيكومترى المعين الذى أظهر الآفة بداية بمثابة نقطة انطلاق جيدة فى دراسة الحالة المفردة؛ فإذا اخذنا مقياس وكسلر لتصميم المكعبات كمثال ، فسنجد أنه يتضمن الترتيب خلال وقت محدد ، إما لاربعة أو تسعة مكعبات حمراء وبيضاء فى أنماط معينة ، وفقًا لنموذج معروض ، إما فى شكل مكعبات متشابهة (وحيث يعرض الفاحص الحل) أو فى شكل صورة ثنائية الأبعاد على بطاقة (دون عرض مسبق من الفاحص).

وقد يتم اكتشاف كل هذة المتغيرات (عدد المكعبات، طبيعة النموذج، الوقت المسموح به، تقديم أو عدم تقديم الحل) بطريقة منظمة ، باستخدام بنود أخرى ، إضافة لتلك البنود المقدمة فى الاختبار الأصلى.

وستحدد مثل هذة البيانات المعلمية الظروف التى ينجح أو يفشل فيها المريض؛ فالمريض الذى يعانى من مجرد البطء على سبيل المثال، أو الذي يكون حساسًا على وجة الخصوص لمتطلبات الوقت قد يتجة لإكمال تصميمات المكعبات تحت شرط الوقت غير المحدد، بينما لن يستفيد المريض الذى يعانى من آفات إدراكية أو تشكيلية ، من السماح له بوقت إضافى. ومن المؤكد أن هؤلاء المرضى دائمًا ما يقدمون حلولاً خاطئة بسرعة واضحة.

ومرة أخرى فإن الكشف عن العامل المتعلق بما إذا كان الحل الصحيح هو النموذج الأول الذى قدمه الفاحص أم لا ، يمكن أن يؤدى إلى فروض تتعلق بقدرة المريض على التخطيط. وعندما ينجح المريض دائمًا إذا كان قد سبق للفاحص تقديم النموذج له ، ولكنه يفشل فيما عدا ذلك ؛ فيمكن عندئذ ابتكار تجارب أخرى لاختبار قدرة المفحوص على صياغة استراتيجيات والعمل وفقًا لها. و توضح طريقة التقديم التحديد الدقيق مدى حاجة المريض للمساعدة ، ونوع المساعدة الذى يمكن أن ييسر أداءه الخطوات الأولى لابتكار برنامج لإعادة التأهيل.

ويعد التباين السيكومترى لخصائص الاختبار فى حد ذاته بداية لعمليات اختبار الفروض ، التى تشكل أساس الدراسة النفسية العصبية للحالة المفردة.

الفروض المشتقة من الوظائف التى يقيسها الأداء على الأختبار

يتضمن تطبيق الاختبارات النفسية العصبية أنها تقيس بعض الوظائف النفسية العصبية الكامنة. ولسوء الحظ لا يوضح أغلبها ما الذى يتعين أن تكون عليه هذة الوظائف الكامنة فى حقيقة الأمر. مثال ذلك أنه بالنسبة لاختبار تصميم المكعبات ، الذى وصف فى القسم السابق ، سيوافق أغلب الباحثين على أنه يقيس نوعًا ما من القدرة البنائية البصرية المكانية (١) ، مع عناصر للتخطيط والتطابق الادراكى ، غير أن هذا يعد بصعوبة تعريفًا إجرائيًا مناسباً للبحث التجريبى. والواقع أن أغلب الاختبارات المتاحة للأخصائى النفسى العصبى تقيس مجموعة القدرات الأولية ضعيفة التعريف، طالما أن أغلبها لم يصمم وفق نظرية معينة لإداء العقل. و على الرغم من ذلك، فقد يبرهن هذا القصور على أنه مصدر حى للفروض فى دراسة الحالة المفردة ؛ فلنأخذ التعلم من خلال الترابطات الثنائية، والذى يؤخذ على سبيل

---

(1) Visuospatial

المثال باعتبارة يعكس الذاكرة اللفظية (فى المستوى الوظيفى) ، ووظائف الفص الصدغى الأيسر (على المستوى التشريحى). وتتضمن اختبارات الترابطات اللفظية ازواجًا سهلة : طفل - يبكى، شمال - جنوب، وأزواجًا صعبة مثل : يطيع - بوصة ، يعصر - ظلام، وتميل الازواج الأولى لأن تُتعلم بشكل جيد حتى بالنسبة للمرضى ، الذين يعانون من جراحات الفص الصدغى الأيسر ; Meyers and yates, 1955) Goldstein et al., 1988) ، والذين يحصلون على درجات تصل إلى حوالى ٧٠٪ من مستوى درجات المفحوصين الأصحاء (والتى تعد إحصائيًا عجزًا دالا فى الحقيقة ، ولكن يصعب أن تكون حالة فقدان تام للوظيفة) وتعكس الازواج الصعبة من ناحية أخرى مشكلة حادة لهؤلاء المرضى الذين قد يتعلمونها بمستوى يصل إلى ٧ فى المئة فى المتوسط ، أو لا يتعلمونها على الإطلاق فى حالات فردية.

ومثل هذة البيانات، حتى إذا كان مصدرها حالة مفردة، يمكن أن تكون مؤشراً مقنعًا للموضع التشريحى للقدرة ، التى تشكل صعوبة الترابطات الصعبة ، كما أنها توفر أيضًا مؤشراً حول السبب فى أن الفقد التام لوظائف الذاكرة اللفظية أو البصرية المكانية نادراً ما يشاهد بعد التلف الصدغى أحادى الجانب. وتوجد ثلاثة احتمالات على الأقل ، يتعين المنظر إلى كل واحد منها ، بوصفة فرضًا يتعين اختبارة فى دراسات الحالة المفردة.

الاحتمال الأول : هو أن علم النفس العصبى تنقصة الاختبارات النقية لقياس القدرات اللفظية والمكانية ؛ بمعنى أن الاختبارات التى يفترض أن تكون لفظية نقية ، مشوبة فى الواقع بخصائص مكانية بصرية. بينما الاختبارات التى تعد بصرية مكانية فى طبيعها ، يمكن أن تكون لفظية فى الحقيقة. فعلى سبيل المثال يمكن ادعاء أن الأزواج السهلة التى اشرنا اليها فيما سبق فى اختبارات الأزواج المترابطة متخيلة بصريا فى الواقع، مستخدمة فى ذلك وظائف النصف الكروى الأيمن، بينما الأزواج الصعبة تستعصى على مثل هذا التخيل. فإذا كان الأمر كذلك، فإن تاثير جراحة الفص الصدغى الأيسر ، قد تؤدى إلى إبطال الأداء بالنسبة للأزواج الصعبة ، وليس الازواج السهلة ، وهى النتيجة التى سبق وصفها من قبل.

الاحتمال الثاني : هو أن الازواج السهلة شديدة الشيوع ، وبالتالى فهناك افراط فى تعلمها، بينما الأزواج الصعبة نادراً ما يلتقى بها، ولا يحتمل أن يكون قد تم تعلمها قبل الجراحة (أو قبل الإصابة). وهناك بعض الدلائل من دراسات التعلم لدى الحيوانات (مثال ذلك Chow and survis, 1958; vrbach and Frantz, 1958) على أن الإفراط فى التدريب ، يمكن أن يؤدى إلى حماية السلوك من آثار التمزق الناتج عن التلف فى الحالات ، التى يمكن أن يبطل فيها السلوك نفسه كلية نتيجة للتلف نفسه، عندما يكون قد تم تعلمة وفق الحد الأدنى من المحكات.

الاحتمال الثالث : يتعلق أيضًا بكيفية شيوع الترابطات التى تحدث فى الحياة اليومية ؛ إذ يتم حفز الاستدعاء فى اختبار الازواج المترابطة بواسطة عرض الكلمة الأولى فى زوج الكلمات. مثال ذلك بقول أى من كلمتى طفل؟ أو يطيع؟ فى المثال الذى سبق تقديمه؛ فإذا افترض أن أيًا من هذة الكلمات ستولد قائمة من التداعيات الحرة أو الطبيعية ، فمن المحتمل أن تتضمن القائمة التى ستولدها كلمة طفل؟ كلمة يبكى. بينما لا يحتمل أن تتضمن القائمة التى ستستحث بكلمة يطيع؟ كلمة بوصة. وبالتالى فإن الأزواج الصعبة تشكل مهمة استدعاء أصيلة ، بينما تؤدى الأزواج السهلة على النقيض من ذلك إلي مهمة تعرف وبالتالي يمكن تفسير البيانات التي سبق تقديمها بوصفها دليلاً على أن جراحة الفص الصدغى الايسر تؤدى إلى خلل فى الاستدعاء اللفظى ، وليس فى التعرف اللفظى.

وتستطيع دراسة الحالة المفردة أن تقدم فكرة حول إمكانية فحص هذة الاحتمالات الثلاثة. مثال ذلك، إذا كانت ذاكرة التعرف سليمة، فإن مهام ذاكرة التعرف الأخرى ، يتعين أن يكون أداؤها بالجودة نفسها، وهو ما لايمكن توقعة على أساس الإفراط فى التدريب ، أو فى ضوء الفرض الخاص بالقدرة البصرية. ومرة أخرى يمكن افتراض أن أزواجًا مثل : طفل - يقفز، أو طفل - يخطو، أو طفل - يسير تتخيل بصريا ، ولكن من المؤكد أنها لن تكون إفراطًا فى التعلم، ولا ترابطات طبيعية.

وأخيرًا فإن استخدام أزواج مترابطة مشتقة من المعلومات الخاصة بوظائف الأبوين على مدى فترة طويلة ، أو من هواياتهم، ولكنها غير متخيلة بصريا، وغير مترابطة بشكل دائم خارج هذة الوظائف أو الهوايات، يمكن أن يشكل بنود الاختبار الثالث فى هذة الدراسة للحالة الفردية.

وكما أشير فى القسم الخاص بالعينات الضابطة (ص ٩٢١) ، فإن استخدام عينات ضابطة ملائمة سيكون ضروريًا فى كل الحالات.

وبالتالى فالتفكير فى الوظائف المكنة التى تقف خلف اداء المهام المختلفة ، يمكن أن يؤدى فى حد ذاتة إلى تطوير فروض قابلة للاختبار ، فى دراسة الحالة .

الفروض المشتقة من التفكير، فى آثار التلف.

يلعب موضع التلف ونوعة ومداه، وكذلك العمر عند حدوث الإصابة، والوقت الذى انقضى منذ حدوثها جميعا دورا فى تفسيرا أداء المريض الفرد على الاختبار، وفى دراسة الحالة المفردة. ونادرًا ما يحدث تلف محدود بمنطقة صغيرة للغاية فى اللحاء ، أو فى نوية معينة تحت لحائية، غير أنه من الواضح أن حدوث ذلك يوفر أفضل إمكانية لتحديد البنية التشريحية لوظيفة معينة. والمرضى أصحاب مثل هذة الأنواع من التلف تكون آفاتهم شديدة التحدد ؛ بحيث يتعذر دائمًا الكشف عنها باستخدام بطاريات المقاييس المعيارية. كما أنها قد لا تؤدى على وجة الخصوص إلى إرباك حياتهم اليومية. ورغم ذلك، فمن الصحيح أنه لا يوجد تلف عقلى ، مهما كان صغيراً، سيكون بلا آفة على الإطلاق. وبالتالى فالأمر يستحق فحص الآفات الدقيقة حتى فى حالة المرضى ، ذوى الصحائف النفسية (١) واضحة السواء على الاختبار.

ويعتمد اختيار اختبار معين ليستخدم عند فحص مثل هؤلاء المرضى على موضع التلف والمعلومات المتعلقة بأى الوظائف ، هى التى تتعرض للاضطراب نمطيًا نتيجة لاشكال التلف الكبرى فى هذا القطاع. واشكال التلف الكبرى فى اللحاء القذالى على سبيل المثال تؤدى إلي عمى ممتد (٢) (فقدان بصر) وبالتالى يتعين توقع أن اشكال التلف الصغيرة أو البؤر الصرعية (٣) فى هذة المنطقة سيؤدى إلى عتمات(٤) (نقاط عمياء دقيقة فى المجال البصرى) قد لا يمكن ملاحظتها ذاتيًا، ولكنها قد تكون ذات أهمية أكلينيكية.

وكمثال آخر، فإن الاختبارات الاضافية للمرضى ذوى التلف فى الفص الجبهى الأيسر أو اللحاء الجبهى ، الذين لا يكشفون عن أى عمة قرائي (٥) بدرجة كبيرة أو عجز كتابة (٦) ، قد تكشف على الرغم

(1) Profiles.
(2) Anopia.
(3) Epileptic foci.
(4) Scotomas.
(5) Dyslexia.
(6) Dysgraphia.

من ذلك عـن آفـات لغـوية دقيقة ، مثال ذلك عـدم قدرة على تسـمية فئات معينة من الكلمات، مثل أسماء الألوان (وهو عرض معـروف باسـم عمة الألوان (١)) وعمـليات عدم الكشـف هـذه عن الآفات الاكثر دقة هى ماسماة شاليك (1979) Shallice ، التجزؤ (٢) وقد شـهد هذا النـوع من الدراسـة ازدهـارا فى مجال اضطـرابات اللغة خـلال السـنوات الأخـيرة (أنظر على سـبيل المثال (Blese, 1987; Shallice, 1988; Scott and Byng,: 1989 ويجب الاعتراف على الرغم من ذلك، أن أغلب المرضى الذين يعرضون فى العيادة يكون لديهم بالأحرى تلف شائع (٣) ، ولا تكون له أية حدود تشريحية، وهناك القليل مما يمكن قوله فى هذة الحالات فى نهاية الدراسة حول تحديد المواضع.

وعلى الرغم من ذلك ، يدعـو شـاليك Shallice للمـزيد من الفحوص لمثل هؤلاء المرضى ، بهدف توفير معلومات تتعلق بنظريات التنظيم الوظيفى للنظم المسئولة عن المعرفة الإنسانية (Schallice, 1979 :183). وقد أدى هذا المنحى الوظيفى الذى يعتمد على دراسات الحالة المفردة إلى موقف ، أصبح فيه حتى التقييم المتحفظ لنظم التصنيف يقدر بحوالى تسعة نظم (Goodglass and Kaplan, 1972) ، أو أحد عشر نظاما (Mazzochi and vignolo, 1979) من الزملات المختلفة لاضطرابات اللغة، والتى لا يمكن واقعيا من تتبع أى منها تعرف الحالة المرضية التشريحية المسئولة عنها.

وعلى النقيض من ذلك، واجة المنحي الساعى إلى تحديد المواضع، والذى يحاول فيه الباحثون التحديد الدقيق للتكوينات المتضمنة فى وظائف معينة، الكثير والكثير من الصعوبات فى الأعوام الأخيرة، مثال ذلك أنه على الرغم من وجود قدر قليل من الشك فى أن العيّ (٤) (ديسفيزيا بروكا Broca) تلاحظ أساساً بعد حدوث تلف فى الفص الجبهى الأيسر، بينما تلاحظ الأفازيا الاستقبالية (ديسفيزيا ورنك Wernick) نتيجة للتلف الجانبى الخلفى الأيسر، وهناك تقارير متزايدة حول حالات للعيّ التعبيرى لدى أشخاص مازالت منطقة بروكا سليمة لديهم، ولافازيا استقبالية دون تلف فى منطقة ورنك (مثال ذلك : Mazzochi and Vignolo,1979). والأكـثر من ذلك أن مناطق بروكا التـالفة لا تؤدى بمفـردها إلى اضطراب دائم للعـيئ (Mohr, 1976) ويبدو فى الوقت الحاضر، أن معظم مرضى العيئ يميلون فى الحقيقة لأن يكون لديهم خليط من الصعوبات التعبيرية والاستقبالية. وبذلك تكون تلك الحالات المعروفة فى التراث البحثى على أنها حالات عيئ نقية (بروكا) أو استقبالية نقية (ورنيك) هى - كقاعدة - ما حظى بأقل قدر من الفحص الشامل، بينما تلك الحالات التى شخصت بشكل شامل هى التى أظهرت عدم تماثل نسبى بين العيئ الاستقبالى والتعبيرى (انظر أيضا : Niebergall et al., 1976).

وعلى الرغم من ذلك، فإن هذة الشكوك حول تحديد مواضع الوظائف وتجزؤ الزملات تدعو إلى المزيد من دراسات الحالة المفردة الأكثر تدقيقًا بدلاً من المنازعة حول قيمة الدراسات ، التى أجريت بالفعل. والتدقيق الإضافى المطلوب فى المستقبل متاح الآن بالفعل فى صورة أساليب التصوير الأفضل من ناحية، وفى صورة الإجراءات التجريبية الأكثر إحكامًا التى يوفرها علم النفس المعرفى من ناحية أخرى.

وعلى الرغم من ذلك، يتعين الاشارة إلى أن أحد التطورات التى حدثت فى مجال منحى تحديد المواضع، كان تزايد قبول فكرة أن الوظائف تميل إلى الانتظام فى نُظم، وليس ككينونات منفصلة، وأن

---

(1) Clouranomia.
(2) Fractionation.
(3) Defuse.
(4) Dysphasia.

عددا كبيرا من النظم الموجودة تبين وظائف غير واضحة التحدد. والدلالات المستخلصة من النتيجة السابقة تتضمن الاعتراف أنه حتى اشكال التلف الصغيرة فى أى مستوى فى النظام المتتابع ، يمكن أن يكون لها تأثيرات غير متسقة تمامًا مع النظام ككل. وأن عديداً من أشكال التلف المختلفة يمكن أن يكون لها على ما يبدو التأثير نفسة ولو لأسباب مختلفة. وقد أصبح الاعتراف بالنظم غير المتخصصة هو الآخر ذا أهمية متزايدة، بالنظر على وجة الخصوص إلى نظم التوصيل العصبى (١) البادئة من قاع المخ وجذع المخ. ويمكن النظر إلى النظام الدوبامينى (٢) الناشئ فى المادة السوداء (٣) على سبيل المثال ، باعتبارة غير متخصص لوظيفة محددة بالتعبيرات المعرفية. بمعنى أن الألياف العصبية التى يتكون منها هذا النظام لاتعالج بنفسها المعلومات مباشرة ، والأحرى أن الدوبامين (٤) الذى تنتجة لة وظيفة كابحة أكثر عمومية على الألياف العصبية للتكوينات المستهدفة ، معدلاً بذلك من نشاطها التلقائى. وبالتالى يزيد من إشاراتها لمعدلات التشويش (مثال ذلك : Rolls et al., 1979; 1984). وبما أن المادة السوداء تزود الجسم المخطط (٥) (النويات المذنبة (٦)، ونويات بوتامن (٧)) والجزء من سويقات المخ (٨) الواقع فوق المادة السوداء ، وكل اللحاء الأمامى بالدوبامين، فلا يجب على الرغم من ذلك أن يكون التمزق الناشئ عن هذة العمليات المتعددة التى تلى التلف فى هذة البنية الدقيقة للغاية نسبيًا مثيراً للكثير من الدهشة. وهذة هى الحالة فى الواقع فى مرض باركنسون (٩)، وكانت أوجة التشابة والاختلاف بين زملة باركنسون وزملة الفص الجبهى موضوعًا للكثير من الفحوص المتعمقة فى الأعوام الأخيرة (مثال ذلك: Lees and smith,. 1983; canavan et al., 1989a; b; 1990; linden et al., 1990) ويقترح إجراء فحوص تفصيلية للأفراد فى هذه المنطقة على وجة التحديد كبديل مفضل عن الدراسات الجماعية. وقد علق شاليك Shallice (1982) على سبيل المثال ، على الصعوبة التى واجهها فى محاولتة استعادة الكثير من النتائج المبكرة المتعلقة بتأثيرات التلف فى الفص الجبهى ، كما تساءل كانفان وزملاؤه Canavan et al. (1985) عن فائدة مفهوم زملة الفص الجبهى (١٠) فى حد ذاتة ، وتبدو المشكلة هنا فى أن هناك على الأقل من خمس إلى سبع مناطق وظيفية مستقلة فى الفص الجبهى البدائى(١١) (Rosenkilde, 1979; kolb and whishaw, 1980) وبالتالى يرى شاليك Shallice (1982) أن دراسات الحالة المفردة ستكون أكثر وضوحاً من الدراسات الجماعية ؛ نتيجة لعدم التجانس بين المرضى ، الذين يصنفون على أن لديهم تلفًا فى الفص الجبهى. وهناك اعتراف بهذه النقطة فى الوقت الحاضر فى الدراسات الجماعية (مثال ذلكCanavan et al., 1989a; b; 1990) وحيث تعرض بيانات الحالات الفردية من المرضى فى صورة أشكال بيانية ، بدلا من عرضها فى صورة متوسطات. ويمكن اعتبار مثل هذه الفحوص، بمعنى ما، دراسات حالة متعددة (١٢).

---

(1) Neurotransmitter system.
(2) Dopaminergic system.
(3) Substantia nigra.
(4) Dopamine.
(5) Neostriatum.
(6) Caudate nucleus.
(7) Putamen.
(8) Tegmentum.
(9) Pakinson's disease.
(10) Frontal lobe syndrome.
(11) Primate frontal Lobe.
(12) Multiple Single-Case.

نعود الآن إلى القضية الأكثر عمومية، وهى تفسير آثار التلف المخى، وتطوير الفروض ، التى يمكن أن تختبر فى دراسات الحالة المفردة. ويتعين هنا عدم نسيان أن الأنماط المختلفة من التلف يمكن أن تكون لها آثار مختلفة تماماً على أداء المخ. مثال ذلك أن الورم الذى ينشأ فى الأنسجة العنكبوتية محملاً على السحايا (١) ، يمكن أن يحدث ضغطاً على منطقة واسعة فى المخ، بينما تميل الأورام الأخرى للتأثير فقط، ولكن بقدر أكبر على المناطق التى تتغلغل فيها. ومرة أخرى قد لا تكون الأورام بطيئة النمو ذات تأثير مدمر ، بقدر ما تكون عليه الأورام سريعة النمو. وللأسباب نفسها تؤدى أشكال التلف الجراحى المتتابعة لإضعاف الأداء بأكثر مما يحدث فى حالة الإزالة ذات المرحلة الواحدة للقدر نفسة من الأنسجة (Butters et al., 1972) وتميل إصابات الرأس المغلقة لأن تكون لها آثار واسعة، ولكنها آثار فى الاتجاة العكسى على وجة الخصوص – أى تلف فى المناطق الواقعة مقابل موضع الإصابة الداخلية بالضبط – وتميل إصابات الأوعية الدموية هى الأخرى ، لأن يكون لها تأثير شامل، فمع تأثير تأكسد الدم (٢) على كل المناطق التى يزودها الوعاء الدموى المصاب، تتأثر فى المقابل المناطق تحت اللحائية على وجة الخصوص بمثل هذه الأشكال من التلف. وبالتالى، فعلى سبيل المثال، عندما توجد آفة فى الشرايين الأمامية بمعزل عن تأثرها باللحاء الأمامى والمدارى والأوسط ، يمكن أن يحدث أيضا تأثير فى الأداء الطرفى (وتزود هذه الشرايين التلافيف الطوقية(٣) والأعمدة الأمامية للقبو(٤)) وكذلك الجسم المخطط الجديد(٥) بالدم. وقد يكون لمثل هذه الآفات تأثيرات عميقة لا على القدرات المعرفية فحسب، بل وعلى الميكاينزمات الدافعية والحركية أيضاً. ويتعين على أى دراسة لحالة مفردة تصف الحالة السابقة ، أن تأخذ فى اعتبارها آفات الأداء الناتجة عن التمزق التالى.

ويؤدى الاستئصال الجراحى إلى أسهل الآفات ، التى يمكن تحديد موضعها، وهى بالتأكيد أكثر الآفات الدقيقة والمحددة التى تعرض بالعيادة. غير أنه يجب تذكر أن الجراحة لا تُجرى أبداً على مخ سليم، وبالتالى فإن تفسير الزملة التالية للجراحة ليس أمراً سهلاً دائماً، فإن طبيعة الحالة المرضية التى تتطلب التدخل الجراحى يجب أن توضع فى الاعتبار على وجة الخصوص ، مثال ذلك أن استئصال ورم الأنسجة العنكبوتية يمكن القيام بة بأدنى قدر من التلف للأنسجة المصابة، وبالتالى فإن الآثار بعد العملية الجراحية الواسعة للضغط الناتج عن هذا الموضع الذى تحتلة الأفة ، يمكن أن يظل تحت الملاحظة فور إجراء الجراحة، ويمكن لدراسات الحالة أن تستفيد من وضوح دورات التعافى المختلفة لدى المرضى من أصحاب الصور الأكلينيكية المختلفة فى هذه الحالات. وكمثال أخر، قد تمتد المناطق المعطوبة فى الفص الجبهى لدى مريض صرعى بعد جراحة الفص الجبهى إلى ما بعد منطقة الاستئصال الجراحى، وقد لا يكون هناك تحلل ارتجاعى فقط فى أجزاء خلفية أكثر من الفص الجبهى والمناطق الناتئة فى المهاد، ولكن ليس من غير الشائع أيضاً وجود حالة تتمثل فى أن قرن أمون داخل الفص المستئصل متصلب، أو أنه تالف بطريقة ما إخرى (انظر على سبيل المثال : Goldstein et al., 1988; 1989) وبالتالى يجب الشك أيضاً فى أن انسجة قرن أمون قد تأثرت أيضاً فى الأجزاء الباقية من الفص الجبهى. وباختصار يبدو أن دراسة الاستئصال الجراحى فى الإنسان مختلطة بحقيقة أن مثل هذه التدخلات تجرى فقط على الأمخاخ المريضة، وبالتالى فالبيانات التى يتم جمعها من مثل هذه الحالات أكثر ميلاً لأن تعكس الحالة المرضية

(1) Meningioma.
(2) Anoxia.
(3) Cingulate gyrus.
(4) Fornix.
(5) Neostriatum.

المسئولة ، وليس التدخل ذاته. وبهذا قد يكون من الممكن تماماً وجود قدر قليل نسبياً من الشك فى وجود حالة مرضية سابقة ، فى حالة دراسات المرضى الذين عانوا من إصابات ناتجة عن قذائف (انظر على سبيل المثال : Newcombe, 1969) ، والتى تعد من أكثر الدراسات ذات القيمة التى يتعين إجراؤها فى العيادة.

سيكون من المهم أيضاً ملاحظة أن وجود أنسجة مدمرة قد يكون أكثر تدميراً من حيث مترتباته، بالنسبة للمريض من الاستئصال التام لهذه الانسجة. وبالتالى فوجود ندبة (١) لحائية صغيرة ، قد يؤدى إلى كل الآفات والأعراض المرتبطة بالصرع النفسى الحركى (٢) ، بينما قد تؤدى إزالة هذه الندبة إلى تسكين الحالة. والأمر المؤكد أن اختلالات الفص الجبهى (مقابل الاستئصال الجزئى للفص الجبهى) أصبحت متضمنة على سبيل المثال فى عديد من الاضطرابات المعرفية والمزاجية والدافعية. ويتبين من دراسة بير (1979) Bear على سبيل المثال لسلوك المرضى بصرع الفص الجبهى فيما بين نوبات التهيج الانفعالى التى تسم أشكال صرع الفص الجبهى الأيمن أنها تؤدى إلى إظهار الوسواس، ومشاعر انعدام الحيلة (٣)، والحزن، وانخفاض المعنويات واستثارة العواطف، والانخراط فى سلوك جنسى غير معتاد. وقد وصف صرعي الفص الجبهى الأيسر من ناحية أخرى على أنهم أكثر ميلا للغضب، برانويديين، ومعتمدين، مقارنة بالجمهور العام السوى. ومرة أخرى، يذكر فلور – هنرى ;Flor - Henry (1969 1972) أن البؤرات الصرعية فى نصف الكرة الأيمن ، ترتبط بالهوس الأكتئابى، وأن البؤرات الصرعية فى نصف الكرة الأيسر ترتبط بالفصام البرانويدى. وقد توصل نيولين وزملاؤة Newlin et al منذ فترة مبكرة فى عام ١٩٨١ إلى ارتباط بين الفصام وعدم السواء فى الفصى الجبهى الأيسر. ويتوفر الآن حشد من دراسات التصوير بالبث البوزتيروني (٤) التى تؤيد هذا الموقف (على سبيل المثال : Weinberger et al., 1986; 1988; Friston et al., 1992) وبالتالى فالأكثر احتمالا أن أنواعا معينة من الآفات (مثال ذلك البؤرات الصرعية(٥)) ، يمكن أن تؤدى إلى عدم انتظام الوظيفة ، بينما انواع اخرى من الآفات (مثال ذلك الافات التي تتضمن فقدان بعض الانسجة) يكون الأكثر احتمالاً بالنسبة لها أن تؤدى إلى فقدان الوظيفة. وهذه الاحتمالية هى أحد الأشياء المثمرة ، التى يمكن اكتشافها من خلال دراسات الحالة المفردة، فى ضوء توفر الأساليب الحالية على وجة الخصوص ؛ لتصوير المخ لدى المرضى الأفراد تحت شروط محددة.

ويعد كل من العمر عند الإصابة، والفترة منذ حدوثها عاملين مهمين ، يتعين وضعهما فى الاعتبار عند إجراء دراسة حالة مفردة. كما أنهما معاً مصادر للفروض ، التى يمكن اختبارها بمثل هذه الدراسات. وكان يعتقد منذ فترة طويلة، على سبيل المثال، أن التلف الذى يحدث خلال الطفولة المبكرة أقل تخريباً للوظيفة من التلف ، الذى يحدث خلال الرشد. وقد أوضح وودز وتيوبر Woods and Teuber (1973) على سبيل المثال أن اللغة تنقذ فى حالة التلف المبكر فى النصف الكروى الأيسر، كما أوضح تيوبر (1975) Teuber أن شفاء الوظائف الحركية المختلفة، والوظائف الحسية البدنية، والبصرية، واللغوية أفضل لدى المجموعة العمرية ١٧–٢٠ عاماً منه لدى المجموعة العمرية ٢١ – ٢٥ عاماً، والذى يكون أفضل بدورة من الشفاء لدى المرضى فوق عمر ٢٦ عاماً. ولم

---

(1) Scar.
(2) Psychomotor epilepsy.
(3) Helplessnes
(4) PET - Scan.
(5) Epileptic foci.

تمضــى هذه النتــائج كليــة ، بالنســـبة إلى شـفـاء وظيفة اللغة على وجة الخصوص، دون معـارضـة (لمراجعة هذا الموضوع أنظر: Heywood and Canavan, 1987) غير أن الحقيقة التى تظل باقية هى أن نمط الآفـات الملاحظة لدى أى مريض، والتى تحـدث بعد تلف معين يمكن أن يختلف عن نمط الآفـات الملاحظة لدى شخص آخر، لدية التلف نفسة اعتماداً على عمر المريض وقت الإصابة، ووقت اختباره. ويدعو هذا الموقف إلى دراسات حالة مفردة تفصيلية، وهو موقف يشكك فى قيمة الدراسات الجماعية ، التى تضم خليطا من المرضى من أعمار مختلفة ومراحل شفاء متباينة، كما أنه يوجة الانتباة إلى القصور الحاد فى امكانية التعميم (١) فى دراسات الحالة المفردة، بمعنى أن حالة واحدة لا يمكن أن تصف تماماً نمط الآفات المتوقعة من تلف ما.

ويتـعين أيضًا على دراسات الحالة المفردة أن تضع فى اعتبارها مشكلة التدهور المتأخر فى الوظيفة هو الآخر. مثال ذلك أن هاملين (1970) Hamlin كان قادراً على إيضاح آفات لدى مرضى بعد مضى أربعة عشر عامًا من إجرائهم لجراحة الفص الجبهى، وهى آفات لم تظهر فور اجراء الجراحة. وقد اشار جيسكيندوند (1974) Geschwind إلى أن أمخاخ مثل هؤلاء المرضى تظهر انكماشات واضحة ومستمرة ، بدءاً من وقت اجراء الجراحة. ويحتمل أن يكون هذا هو التفسير العصبى لنتائج هاملين. وكمثال آخر، فمنذ الدراسات المقارنة (٢)، ولكن مع دلالات مهمة على الدراسات فى المستوى الآدمى، تبين أن قدرة صـغـار القردة على القيام بمهام استجابية متـأخرة ، تعتمد على تكامل النويات المذنبة (Goldman, 1974) ، ويبدأ مقدم اللحاء (٣) النامى خلال الارتقاء بتيسير الهيمنة على مثل هذه المهام. وإذا استئصل مقدم المخ الظهرى البطنى (٤) لدى القردة بعد مولدها. فإن القدرة على القيام بالمهام الاستجابية لا تكون معوقة خلال طفولتها. (Goldman 1971) و على الرغم من ذلك، فمع نضج القردة التى اجريت لها العملية تبدأ آفات المهام الاستجابية فى الظهور متأخرة (Goldman, 1974; 1976) . وبالتالى فإمكانية الكبر مع وجود إعاقة غير واضحة فى الطفولة ، تعد من الأمور التى يتعين أن تحظى باهتمام كبير.

وأخيراً، فإن التغيرات على المدى القصير تحتاج هى الأخرى لوضعها فى الاعتبار ، فى دراسات الحالة المفردة. مثال ذلك أن أداء المرضى قد يتدهور بشكل حاد فور إجراء الجراحة نتيجة لحدوث استسقاء (٥) ؛ والذى يصل إلى أقصى مداة حول اليوم الثالث من الجراحة؛ ويختفى بعد حول ثلاثة أسابيع تالية (Geschwind, 1974)، ولا تتسم النتائج الملاحظة خلال هذه الفترة بالثبات، طالما أن هناك مناطق من المخ شديدة البعد عن موضع الاستئصال يمكن أن تتأثر، وطالما أن الشفاء سيحدث بسرعة. ومن الواضح أن هناك القليل مما يمكن أن يقال ، حول مواضع الوظائف فى مثل هذه الحالات، على الرغم من أنه دائمًا ما يظهر فى هذا الوقت بعض أكثر الأعراض العصبية خداعًا، مثال ذلك الإهمال الطرفى. وتؤدى صعوبة تحديد الأعراض غير المستقرة إلى حدوث مشكلة رئيسية فى دراسات الحالة المفردة ، إلا أنها يمكن أن تعوق أيضاً من إمكانية إجراء دراسات جمعية ذات معنى، والخلاصة أن مجرد أخذ الآثار المحتملة لنمط ووقت حدوث الإصابة فى الاعتبار ، يمكن أن يؤدى إلى فروض تستحق الاستكشاف ، من خلال تصميمات الحالة المفردة ، ومن الواضح أن هناك ثروة من المعلومات يمكن تحقيقها من مثل هذه الدراسات.

(1) Generalisability.
(2) Comparative research.
(3) Prefrontal Cortex.
(4) Dorsolateral prefrontal cortex.
(5) Oedema.

الفروض المشتقة من التراث.

يحتمل أن يكون النمو الضخم فى علم النفس التجريبى وعلم النفس المقارن أهم مصدر للفروض التى يمكن الافادة من اختبارها فى العيادة. وتعد الدراسة التى أجريت على المريض د.ب (Weiskrantz et al., 1974) على وجة الخصوص مثالاً جيداً لهذا النوع من اختبارات الفروض ، فقد تعرض هذا المريض لتلف فى التكوينات المعقوفة المخططة(١) وهى المسار الأولى ومنطقة عمليات الإدراك البصرى ، والذى تؤدى إلى عمى أكلينيكى، وحيث يكون المريض غير واعٍ ذاتيًا لأى شكل من أشكال المنبهات البصرية. و على الرغم من ذلك، فقد قرر وايزكرانتس وزملاؤة فى ضوء اعتباراتهم المستمدة من التراث المقارن حول بقاء وظيفة الابصار لدى القردة ، بعد استئصال الجسم المخطط(٢) ، اختبار قدرة المريض د. ب على الاشارة إلى أشياء فى مجال عماة نصف المجالى(٣). وكان من المتوقع أن تكون هذه المهمة محيرة بالنسبة لـ د. ب، إذ طلب الية أن يشير إلى أشياء لا يستطيع رؤيتها، - ولدهشتة الكبيرة - برهن على أنه غير قادر تماماً على تحقيق ذلك فقط، بل وعلى تحديد ما إذا كانت الخطوط المعروضة فى مجالة غير المرئى أفقية أم رأسية أيضا، وأن يستطيع كذلك تخمين عدد من الخصائص الأساسية فى المنبهات وقد انتشر تراث هذه الظاهرة، والتى أصبحت تعرف بأسم الإبصار الأعمى(٤) أساسًا ، من خلال البحوث المنشورة فى دراسات الحالة المفردة، أو على الأكثر من خلال بحوث المجموعات الصغيرة من المرضى (أنظر للمراجعة : Weiskrantz, 1986 or Cowey and stoering, 1991) ، وهى تخدم بمثابة درس عن أن نمط الآفات والوظائف المتبقية ، التى يمكن العثور عليها لدى مرضى الأعصاب دائمًا ما تأتى من خلال التجارب المحكمة. وفى حالة الإبصار الأعمى تتضمن التجربة اختباراً لإمكانات مرضى قد لا يكونون هم أنفسهم على وعى بها، وأغفل الأطباء والأخصائيون النفسيون فحصها.

مثال آخر لبحث لحالة مفردة أجرى فى ضوء تراث الدراسات المقارنة، هو الدراسة التى أجريت على المريض س.ب. والتى نشرها هايوود وزملاؤة (1987) Heywood et al. وكان المريض يعانى من الاكروماتوبسيا(٥) (عمى الألوان) ، وهى نتيجة ليست غير معتادة للتلف فى المنطقة القذالية الصدغية البطنية الوسطي ، والمنطقة المعروفة بأسم ف ٤(٦) فى القردة تقع فى هذا الموضع. ومن المعروف أن المنطقة ف ٤ فى القردة هى المسئولة عن كل من رؤية الألوان ، و تعرف الأنماط (مثال ذلك Desimoneet et al. 1985; Haywood and Cowey, 1987) وبالتالى فقد قرر هايوود وزملاؤة اختبار وظائف الرؤية لدى س. ب بالتفصيل لتعرف ما إذا كانت هذه الآفة تحد بالفعل من ادراك الألوان أم لا . ولم تكن النتائج التى توصلوا إليها غامضة تمامًا، من حيث أنه رغم استخلاصهم أن التمييز بين الأنماط سليم لدى س.ب ،إلا أن لدية فى الحقيقة صعوبات فى قراءة الكتابة صغيرة الحروف وتعرف الوجوة (أنظر لنقد تفصيلى : Canavan and Sartory, 1990). و على الرغم من ذلك فقد عرضت الدراسة بشكل جيد لكيف يمكن اختبار الفروض المشتقة من التراث فى الواقع ، من خلال تصميم الحالة المفردة.

(1) Geniculo - Striate system.
(2) Striatal ablation.
(3) Hemianopic field.
(4) Blind sight.
(5) Ventromedial occiptotemporal.
(6) V4.

الفروض المشتقة من كل من الاستقراء والملاحظات الموقفية

مثال أخير عن مصادر فحوص الحالة المفردة ، دراسة ت م التى نشرها هاليجان ومارشال Halligan and Marshall (1991) والتى لم تحظ بالشهرة فقط لمجرد أنها أثارت بعض الجدل (أنظر Mattingley and Bradshaw, 1991; Marshall and Halligan, 1990) . كانت نقطة البدء للبحث هى الاعتبارات الخاصة بأنة لابد أن تكون هناك مجموعة واحدة من الخرائط المكانية المتخصصة للأماكن القريبة ، وأخرى للأماكن البعيدة، من بين عديد من مناطق الإبصار فى المخ. تناظر الأولى مجالاً يمكن الوصول إليه، وتناظر الثانية مجالاً يمكن الإشارة الية أو القذف نحوه. وقد استنتج هاليجان ومارشال أن ذلك يمكن أن يظهر لدى المرضى ، الذين يعانون من الإهمال نصف الكروى (١) ؛ إذ يوجد فى هذه الحالات الموضع الذى يحدد أن ما يهمل هو المكان القريب وليس البعيد. وقد ظهرت إمكانية اختبار هذا الفرض عندما جاء المريض ت .م إلى العيادة ، وهو لاعب شغوف بلعبة رمى السهام ، وقد تعرض لإهمال مكانى بصري أيسر للأماكن القريبة من النوع التقليدى ، وقد رسمت للمريض خطوط متقطعة على ورق بطريقة منظمة على يمين نقطة الوسط ليقوم بتقسيمها.

و على الرغم من ذلك فعندما طلب منه تقسيم خطوط أطول ، تقع فى موضع أبعد من خلال قذف السهام نحو نقطة الوسط ، كان أداؤة أفضل كثيرا ، وبالتالى فإن المزج بين الاستقراءات النابعة من التراث و ملاحظة هواية فرد ما ، يمكن أن يؤديا إلى فحوص تجريبية للحالة المفردة ، تلقى الضوء على تنظيم الوظائف وتفككها فى المخ الإنسانى.

المفحوصين الضابطين (٢)

يتطلب تصميم الحالة المفردة مجموعة ضابطة، كما هو الحال فى كل التجارب ، التى يتم خلالها تطوير الاختبارات الجديدة. ولا يحتاج الأمر لأن يكون حجم مجموعة المقارنة هذه كبيراً للغاية، إذا كان تباين الاداء على وجة الخصوص صغيرا للغاية أو صفرا لدى هذه المجموعة الضابطة، وهى الحال عندما يكون الاختبار موضوع الدراسة قد طبق عند مستوى سقفة بواسطة أشخاص أصحاء. و على الرغم من ذلك، ففى حالات أخرى، مثل حالات استخدام اختبارات زمن الرجع ، وعندما يحتمل أن يكون تباين الاداء كبيرا للغاية، قد يكون من الضرورى اختبار عشر أفراد ، أو أكثر بوصفهم مجموعة ضابطة لكى يمكن تحديد المدى السوى للأداء على الاختبار ، والتكوين المثالى للمجموعة الضابطة، على العكس من ذلك، موضوع لبعض الجدل. فهناك قدر معقول من الاتفاق على أنه يتعين أن تطابق المجموعة الضابطة المريض فى العمر، والجنس، والدرجات على كل الاختبارات ؛ باستثناء الاختبار المعين موضوع البحث. وهناك قدر قليل من الاتفاق على كيفية تحقيق مثل هذا التطابق. ويوصى شاليك Shallice (1979) على سبيل المثال بامكان إجراء هذا التطابق فى ضوء الحالة العقلية قبل المرضية للمريض ، بينما يرى المؤلف الحالى أن مثل هذا الأمر قد يؤدى إلى قدر كبير من التطابق الملتبس (Canavan, 1987) ، عندما يكون المريض قد تعرض على وجة الخصوص لتغيرات عقلية كبيرة نتيجة للتلف، أو عندما لا تقيم الحالة العقلية قبل المرضية. ولنأخذ على سبيل المثال الموقف الذى تكون فيه الدرجات الموزونة لمريض ما قبل المرض على كل الاختبارات الادائية من اختبار وكسلر للراشدين ١٥ درجة، بينما انخفضت هذه الدرجات إلى درجتين على اختبار تصميم المكعبات، وإلى عشرة درجات على بقية الاختبارات، مع أهمية التباين فى اختبار تصميم المكعبات

(1) Hemi neglect
(2) Control Subjects.

فى دراسة الحالة المفردة. وتوحى الارتباطات المرتفعة بين هذه المقاييس الفرعية فى المجتمع السوى أنها تتضمن فيما بينها الكثير من العوامل المشتركة، فإذا كان من الممكن التحكم فى هذه العوامل المشتركة، فستصبح المقارنة الصحيحة عندئذ هى المطابقة بين العينة الضابطة، والدرجات الحالية للمريض على هذه الاختبارات دون تصميم المكعبات، وليس مع درجاته قبل المرض.

وهناك مشكلة أخرى تتعلق بإيجاد حالات ضابطة ملائمة، وهى إحدى المشكلات ، التى يصعب للغاية التغلب عليها ، وتتمثل فى السؤال الخاص بالدافعية. فبالنسبة لأداء المريض على الاختبارات قد تكون دافعية المريض إما مرتفعة للغاية، وذلك عندما تكون التوقعات الخاصة بفائدة الإجراءات الخاصة بالعلاج والشفاء مرتفعة، أو تكون منخفضة للغاية ، عندما تفشل التوقعات والاستبصارات الخاصة بمدى العجز. ويختلف الأمر بالطبع بالنسبة للحالات الضابطة ، عندما يكون أداؤهم على وجة الخصوص فى مستوى سقف الاختبار، وحيث يعانون بالأحرى من الملل. وتؤثر هذه الفروق فى الاختبارات الموقوتة بصفة خاصة. ويجب بالتأكيد وضعها فى الاعتبار.

وربما كانت أفضل الحلول لكل ذلك، بالنظر إلى المشكلات السابقة ،هو محاولة تجنيد الزوج (أو الزوجة) والأعضاء الآخرين فى عائلة المريض، ودائرة الأصدقاء بوصفهم أفراداً الضابطين ، طالما أن ذلك يؤدى إلى مطابقة طبيعية، ويؤدى إلى إقناعهم باهمية الاختبار بقدر ما.

أمثلة لدراسات الحالة المفردة فى التراث.

هـ . م

يحتمل أن يكون هـ .م أشهر الحالات الفردية التى فحصت فحصاً متعمقاً فى التراث (مثال ذلك Scoville, 1954; Scoville and Milner, 1957; Corkin, 1965; 1968; Milner, 1965; 1966; Sidman et al., 1968)، وبالتالى فسنقدم هنا مجرد عرض مختصر للنتائج الرئيسية، ويوصى بالرجوع للتقارير الأصلية المنشورة ، والسابق الإشارة إليها لقراءة إضافية للدراسة النمطية للحالة المفردة.

وقد عانى هـ .م من إصابة صغرى بالدماغ ، مصحوبة بفقدان للوعى ، وهو فى السابعة من عمره. وبعد ثلاث سنوات تعرض لنوبات صرع صغرى (١) ، ثم نوبات صرع كبرى(٢) ، بدأت معة فى عمر السادسة عشر. وخضع وهو فى السابعة والعشرين من عمرة لاستئصال جانبى فى الفص الصدغى(٣)؛ للتخفيف من صرعة الشديد. واستئصلت جزئيًا تلافيف قبل الفص الشمى(٤) والتلفيفة المعقوفة(٥)، واللوزة(٦)، وقرن أمون(٧)، والتلفيفة الشبيهه بقرن آمون(٨). وقد أدت العملية إلى خفض النوبات الصرعية، وفقدان عميق فى الذاكرة اللاحقة.

وبعد العملية بفترة قصيرة كانت نسبة ذكاء هـ. م ١١٢، ولكنة أصبح فاقداً للتوجه، غير قادر

(1) Petit mal Seizures.
(2) Grand mal Seizures.
(3) Bilateral mesial temporal lobe excision.
(4) Prepyriform gyrus.
(5) Uncus.
(6) Amgydala.
(7) Hippocampus.
(8) Hippocampal gyrus.

على ذكر تاريخ اليوم أو عمره. وكانت قدرتة على الإعادة الفورية للقصص والرسوم دون المتوسط، وأصبح من الواضح بعد ذلك بقليل أن تذكره للمواد الجديدة أصبح فى الواقع مرتبطا بأى نوع من البنود، يمارس التدريب عليه وقت تذكره على وجة الخصوص، بمعنى أنه من مكونات مخزون ذاكرتة القصيرة. وعلى النقيض من ذلك، كان يستطيع تذكر الأعوام المبكرة فى حياتة بقدر من الوضوح.

وقد أختبر هـ.م اختباراً مكثفًا، بحيث أمكن استخلاص أن فقدان الذاكرة اللاحقة كان آفة محدودة تماما، فلم تكن لدية أية صعوبات حسية أو إدراكية، أو صعوبات فى وظيفة اللغة أو فى القدرة الحركية، على الرغم من أنه كان من الصحيح أن لدية بشكل واضح آفات أساسية فى الدافعية، مثال ذلك أنه نادرا ما كان يشكو من الجوع أو العطش، ولكنة قد يأكل ويشرب، عندما تقدم له الأشياء الملائمة. كما أنه لم يشعر بألم الصدمات الكهربائية، ولم يظهر أى نشاط كهربائى للجلد(١). وبعد ستة أشهر من عملة فى وظيفة جديدة، لم يكن فى مقدورة وصف واجباتة اليومية، أو المكان الذى يعمل فيه أو كيف يصل إليه. وقد استمر أيضًا فشله فى تعرف فاحصيه، على الرغم من أنهم يقومون باختبارة على مدى عدة سنوات. و على الرغم من ذلك فقد حدثت عدة أشياء؛ فقد ظهر أن هناك تسجيلات بطيئة فى ذاكرتة البعيدة. وفى عام ١٩٦٨ كان قادراً على سبيل المثال على رسم تخطيط للمكان، الذى أصبح يعيش فيه لمدة تزيد عن ثمانى سنوات، كما بدا أيضًا أنه أصبح واعيًا أن أبية قد مات منذ فترة قصيرة. ومن الأمور التى لها بعض الأهمية النظرية، أنه حافظ أيضا على قدرتة على تعلم مهارات حركية جديدة، خلال أيام مثل الرسم بالمرآة والأداء على اختبار المتابعة الدائرية(٢) على الرغم من إنكارة يوميًا أنه سبق لة أن شاهد هذا الجهاز من قبل.

ويحتمل أن يكون أهم جانب فى دراسة حالة هـ.م، والسبب فى استمرار الإشارة إلى حالتة فى التراث هو ذلك المزيج من الوظائف الشاملة والنوعية المفقودة ذات الآفات المحددة والموثقة. ونادراً ما يلتقى بمثل هذه الحالات فى العيادة. والقاعدة هى أن الوظائف تفقد دائمًا بدرجة محدودة فقط وبطريقة متداخلة (مثال ذلك: Canvan and Sartory, 1990) وأن الآفات التى تحدث طبيعياً، تكون أكثر ميلاً لعدم الخضوع للحدود التشريحية، كما أنها دائمًا ما تكون صعبة التحديد. وهذه المشكلة الأخيرة يتعين أن تصبح أقل فى المستقبل، بعد زيادة شيوع استخدام أساليب التصوير بالرنين المغناطيسى على سبيل المثال. ويحتمل أن تحمل مثل هذه التكنولوجيا الجديدة تباشير النمو فى تطبيقات دراسات الحالة المفردة، وتزيد من أهميتها.

ك. ف

دائمًا ما يشار إلى هذا المريض فى المصادر المختلفة باعتبارة أفضل مثال للتفكك المزدوج، مقارنة بـ هـ.م. بمعنى أن لدية عجزًا محدداً فى الذاكرة اللفظية السمعية القصيرة (٣) مع ذاكرة بعيدة سليمة. وبمعنى أنها فى الواقع حالة غير تلك التى ذكرت من قبل (Allport, 1984; Canavan, 1987) وسيتضح ذلك مرة أخرى فيما بعد، غير أن الدراسات التى أجريت على ك. ف وفرت درسًا ممتازًا فى مجال تطبيق المنهج التجريبى، فى الفحوص العصبية للحالة المفردة، يستحق معالجتة تفصيلاً هنا.

(1) Electrodermal activity.
(2) Pursuit roter test.
(3) Auditory verbal short memory.

وقد عانى ك .ف من تمزق جدارى قذالى فى حادثة دراجة بخارية ، وهو فى السابعة عشر من عمره. وقام ورانجتون وشاليك (Warrington and shallice (1969 بدراستة منذ البداية ، وهو فى الثامنة والعشرين من عمرة ، عندما كشف رسام المخ الكهربائى عن وجود تمدد موضعى ناتئ فى الثلاثى الأيسر(١) والقرن القذالي(٢) مع بعض التمدد فى القرن الصدغى الأيسر. وبناء على الفحوص النفسية العصبية المعيارية، كان الانطباع الأول لدى المؤلفين ذلك العجز غير المتجانس فى قدرة ك .ف على تكرار المنبهات اللفظية، كما اتضح من خلال درجته على مقياس مدى الأرقام (٣) الفرعى فى اختبار وكسلر. وقد اتجة وارنجتون وشاليك، من خلال العمل على أساس أن ك .ف يعانى من آفة فى المهام الخاصة بمدى الارقام فقط، إلى الكشف المنظم عن المكونات المتعددة للمشكلة بالطريقة الآتية :

١ - أولاً . حافظا على إيقاع العرض الثابت الموصى به فى وكسلر للراشدين ، أى بمعدل بند واحد فى الثانية. وحددا قدرة ك .ف على تكرر أرقام وحروف وسلاسل كلمات ، ذات أطوال متزايدة، وأصبحا قادرين من خلال تقديم عديد من السلاسل المختلفة التى تتكون من بند إلى أربعة بنود، على إظهار أن السلاسل التى تتكون من بند واحد تتكرر باتقان تام تقريباً، بينما يصعب تكرار السلاسل التى تتكون من أربعة بنود بشكل صحيح على الإطلاق. وقد ظهر تدهور فى الأداء باستخدام سلاسل متوسطة الطول، وبالتالى أكدت التجربة الملاحظات الأصلية حول العجز فى اختبار مدى الارقام الفرعى فى وكسلر للراشدين، وامتدا بهذا العجز أيضاً إلى مدى الحروف، ومدى الكلمات.

٢ - ثانياً . حافظا على عدد البنود فى السلاسل ثابتاً، ولكن مع تغيير معدل العرض ؛ ليتراوح بين بند واحد كل نصف ثانية، وبند واحد كل ثانيتين ، واصبح فى مقدورهما إظهار أن الاداء تحسن مع معدلات العرض الأبطأ، والتى سمحت بمزيد من الوقت للتمرين، ولاستخدام الذاكرة البعيدة.

٣ - اختبرا بعد ذلك مدى الذاكرة المستمرة (٤) ، والتى تتطلب ببساطة أن يقوم ك .ف بتحديد أخر بند فى سلاسل مختلفة الطول، وكان أداؤه صحيحاً تماماً فى هذه المهمة.

٤ - اختبرا بعد ذلك قدرة ك .ف على مطابقة (وليس استدعاء) سلاسل أرقام وحروف وكلمات ، ذات أطوال ، تتراوح بين بند وأربعة بنود، بمعدل عرض بند واحد فى الثانية. وكان أداؤة فى هذه المهمة جيداً للغاية ، مقارنة بقدرتة على تكرار السلاسل ذات الأطوال نفسها. مثال ذلك أنه كان قادراً على المطابقة الصحيحة لسبع عشرة سلسلة من بين عشرين سلسلة ذات أربعة بنود. واستخلص وارنجتون وشاليك من ذلك : أن أى تفسير للأداء الأفضل فى المطابقة مقارنة بالاستدعاء ، يجب أن يعامل بقدر من الحذر، فالحكم بالتشابة والاختلاف اشمل من التعرف. وحيث تكون هناك ضرورة لتصحيح التخمين (Warrington and Schallce 1969 : 889). و على الرغم من ذلك ، فلم يستخدما تصحيحاً للتخمين، وتجاهلا هذه النتيجة فى التاثير النهائى ، وهى نقطة سنعود إليها فيما بعد.

٥ - توصل وارنجتون وشاليك بعد ذلك أن ك .ف كان قادراً على تعرف الأرقام الفردية والحروف ، إذ كان عليه أن يضغط فقط على زر ، عندما يظهر البند المقصود بين بنود سلسلة.

٦ - وجُد أيضا أن أداءة يقرب من الكمال فى مهام تعرف كلمات ، من حيث فئاتها فى قائمة من

(1) Left trigone.
(2) Occiptal horn.
(3) Digit span.
(4) Continuous memory span.

أربعين كلمة (مثال ذلك : ألوان، بلاد، حيوانات)

٧ – لم يكن اداؤة على اختبار مدى الأرقام باستخدام الإشارة إلى الأرقام على بطاقة ، أفضل من أدائه من خلال الاستدعاء الشفوى، واستخلص بالتالى أن عجزة لا يرجع إلى أفازيا تعبيرية.

٨ – تلى ذلك أن طلب من ك.ف أن يذكر أياً من البند الأول أو الثانى فى سلاسل من بندين، دون أن يذكر لة أيهما المطلوب ، قبل أن تعرض عليه كل سلسلة ، وكان أداؤة ضعيفاً فى هذه المهمة، كما أن ترتيب البنود لم يكن لة تأثير.

٩ – طبق اختبار أخر يتضمن عرضاً إما لثلاثة أو أربعة بنود فرادى، عليه أن يستعيدها فرادى. وبعد عرض البند الأخير ، طلب من ك.ف أن يكرر كل بند حسب ترتيب عرضه ، وقد يسرت هذه المعالجة من ادائه ، بمعنى أنه نجح فى ١٣ سلسلة من عشرين سلسلة ذات أربعة أرقام.

١٠ – أدى العرض البصرى للأرقام والحروف بالمثل إلى أداء أفضل.

١١ – أظهر الأداء باستخدام جهاز العارض السريع(١) للعرض البصرى تحسناً، وبالتالى يكون التحسن الذى لوحظ فى النقطة (١٠) السابقة لا يرجع ببساطة إلى زيادة وقت العرض.

١٢ – تبين أن التعلم على المدى البعيد والذاكرة سليمان ، وذلك على اختبارات الأزواج المترابطة، والكلمات والصور الناقصة، وقوائم الكلمات العشرة. ويقدم هذا التنوع المنظم فى مكونات اختبار مدى الارقام، والتوسع فى استخدام المواد درساً شاملاً فى كيفية العمل ، وفق اختبارات تصمم خصيصاً للغرض المطلوب. و على الرغم من ذلك فإن دراسة الحالة المفردة لا تكون كاملة حتى هذه النقطة. فمن المطلوب الآن استخدام اختبارات أخرى لاختبار الفروض التجريبية (أن الذاكرة اللفظية السمعية على وجة التحديد هى العاجزة) ، وبالتالى قدم شاليك ووارنجتون Shallice and warrington (1970) خمس تجارب أخرى ، أجريت فى ضوء الاعتبارات المستمدة من التراث، وليس وفق اعتبارات مكونات مهام مدى الأرقام.

١٣ – قاما أولا بتحديد منحنى للمواقع المتتابعة لأداء ك. ف على السلاسل العشرة ، ذات أعلى تكرار. وقد وجدا أن تأثير الحداثة (٢) قد انخفض إلى موقع واحد فى السلسة ، بدلاً من انخفاض إلى القيمة العادية بين خمسة وستة مواقع ، ويعتقد أن تأثير الحداثة يساعد الذاكرة القصيرة. وبالتالى فقد أستبعد التنبؤ الخاص بانخفاض التأثير.

١٤ – على النقيض من ذلك ، أدى استخدام صورة معدلة من إجراء بيترسون – بيترسون Peterson - Perteston إلى نتائج ملتبسة. ويتضمن هذا الإجراء نطق ثلاثة حروف بمعدل سلسلة فى الثانية ، ثم يتزايد التأخير فى النطق من صفر إلى ١٥ ثانية ، يتخلة عمل مشتت (عملية عد) ، ويطلب فى نهاية الفترة استعادة حرة للمنبه. ويحقق المفحوصون الاسوياء إجابات صحيحة ، تصل إلى ٩٥ فى المئة خلال التأخير الذى يبلغ صفر، وتنخفض النسبة إلى ٢٥ فى المئة فى حالة أطول تأخير. وقد حقق ك.ف استعادة صحيحة قدرها ٥٠ فى المئة إجمالا ، وبالتالى فإن هذه النتائج لا تؤيد ولا تنفى الفرض الخاص بأن ك.ف يمكن أن يكون عاجزاً مع تزايد التأخير.

(1) Tachistoscope.
(2) Recency effect.

١٥ – اختبرت التجربة التالية تأثير التعويق النشط السابق على قدرة ك .ف على استدعاء أزواج من الحروف ، فقد ذكرت أمامة بصوت مرتفع عشر سلاسل ، تتكون كل سلسلة من عشرة أزواج من الحروف بمعدل بند فى الثانية. وكانت النتيجة انخفاض الأداء على امتداد المواقع المتسلسلة فى كل سلسلة، بما يوحى أن جزءا مهماً من قدرة ك .ف على الاستعادة فى مهام مدى الأرقام ترجع إلى الذاكرة البعيدة (Schallice and warrington, 1970 : 266) ، وذلك على العكس من الاستعادة لدى المفحوصين الأسوياء ، الذين يبين أداءهم تأثراً بالمران ، يظهر من خلال التحسن على امتداد السلاسل المتتالية.

١٦ – أظهرت إحدى مهام التحقق التى قدمت له أن تأثير الحداثة لدية كان محدودا ببند أو بندين، كما اتضح من ادائة أنه قادر على استرجاع هذه البنود ، خلال فترة تصل إلى ٢٠ ثانية.

١٧ – قدم لة اختبار أخير يتضمن مسحاً للنواقص ، حيث كان على ك .ف أن يذكر أى الأرقام هى الناقصة فى سلاسل محدودة. و على الرغم من اظهارة لتفوق ، يصل إلى نجاح بين ١٠–٣٠ فى المئة فى مسح النواقص خلال الاستعادة ، إلا أن هذا المتفوق لا يصل إلى المستوى الخاص بالمفحوصين الأسوياء (٢٥–٤٥ فى المئة) ، وبالتالى فقد استخلص شاليك ووارنجتون أن الآفة ليست قاصرة على طريقة واحدة فى الاستعادة.

يعد هذا المثال هو الأكثر بروزاً للدراسة الشاملة للحالة المفردة ، غير أنه يتعين أن نسجل هنا أنها أجريت دون طائل، وأن الاستخلاصات التى خرج بها المؤلفان، أى عرضهما لآفة محددة فى الذاكرة السمعية اللفظية القصيرة غير مؤكد ؛ فعديد من الدراسات القوية ، التى سبق وصفها تتضمن بالتأكيد ما يكفى من التفاصيل التى تسمح باستخلاصات أخرى. فأولا لم تكن الآفة متسقة. فقد كان ذلك أكثر وضوحاً على اختبارات ذاكرة الاستدعاء الحرة منه على اختبارات التعرف. كما تحسن الأداء أيضاً ، عندما قدمت البنود فرادى للتكرار الفورى ، ثم للاستدعاء المتسلسل، ثم بالعرض البصرى، وبالعرض الشفوى البطئ. كما أظهر مسح النواقص أيضاً تحسناً على المقاييس المعيارية. وفى قناعة المؤلف أن مهمة التحقق أظهرت أن ك .ف يستطيع الاحتفاظ ببندين فى ذاكرتة القصيرة ، لفترة تصل إلى ٢٠ ثانية، وهو ما يدخل فى مدى السواء. وقد أوضح إجراء بيترسون – بيترسون بالإضافة إلى ذلك أن أداء ك.ف أفضل بالفعل من أداء المفحوصين الضابطين ، تحت ظروف معينة ، وتوحى النتائج بصفة عامة أن أداء ك .ف الضعيف على اختبار مدى الأرقام يرجع إلى مكوناتة اللغوية ، أكثر من رجوعة إلى مكوناتة التذكرية.

والواقع أن المؤشر الأول على أن الأمر كذلك تم تقديمة بالفعل فى أولى التجارب ، التى سبق وصفها. فقد ذكر أن ك .ف كان يكرر السلاسل المكونة من بند واحد بدرجة تقرب من الإتقان؛ بمعنى آخر أن ك.ف كان غير قادر أحياناً على إعادة حتى البنود الفردية ، وبذلك يكفى ببساطة لكى يفشل فى تكرار سلسلة من البنود أن يفشل فى واحدة منها. وبالتالى فاحتمالية فشلة فى إعادة تكرار سلسلة يعتمد على احتمالية فشلة فى إعادة البنود الفردية ، وتتزايد هذه الاحتمالية مع كل البنود الإضافية فى القائمة. ومن الواضح أن الأمر لن يتطلب تطبيق الكثير من البنود ، إلى أن لا يستطيع ك .ف إعادة تكرار السلسلة كلية. وبذلك يظل النوع الدقيق من العيئ (١) الذى يعانى منه ك .ف غير معروف حتى الآن.

(1) Dysphasia.

غير أن البورت (1984) Allport قام بعزو هذا العيب فى مدى الأرقام لدى هؤلاء المرضى ، إلى ضعف فى تمييز وحدات النطق الصوتية (١) (وشكل الكلمة). ومن المـؤكد أن وارنجتون وشاليك Warrington and Shallice (1969) نفسيهما فكرا فى إمكانية وجود عيئ، طالما أنهما ذكرا أن نسبة الذكاء الأدائى لدى ك.ف ١١٣ بينما نسبة ذكائه اللفظى ٧٩ فقط. وهذا التضارب اللفظى الأدائى جوهرى (فيما بعد ٠٠١ر.) ، ويوجد لدى أقل من واحد من مئة من الجمهور العام. يضاف إلى ذلك أن درجة ك.ف على مدى الأرقام لم تكن تختلف جوهريًا عن بقية درجاته الموزونة على المقاييس الفرعية (Canavan, 1987) ، بما يشير إلى أنه يعانى من مشكلات لفظية حادة، وليس من عطب محدد. يضاف إلى ذلك أن عمرة القرائى(٢) على اختبار شونيل المتدرج لقراءة الكلمات (٣) ، كان أقل مباشرة من مستوى ٩ سنوات، وكان مستواة فى الهجاء الشفوى والتحريرى عند عمر ست سنوات. وقد ذكر وارنجتون وشاليك أيضًا أن قدرتة على التعبير عن نفسة كانت تشوبها اللعثمة ، كما كان يعانى من صعوبة العثور على الكلمات، كما لوحظ أنه يُسهب (Warrington and Shallice 1969 : 886) كما لاحظا أيضا أنه يقع فى بعض أخطاء إعادة الصياغة، وعيى أسمى(٤) ، وصعوبات فى تنفيذ التعليمات التى تتضمن أكثر من خطوة واحدة. وباختصار، فقد كشف عن الكثير من صعوبات اللغة. والأكثر من كل هذا العجز عن تكرار الرموز. وبالتالى فإن اعتبار ذلك بمثابة عجز محدد ، يستحق فحصًا خاصًا، إنما هو بداية ضعيفة للغاية لدراسة حالة. وعلى الرغم من ذلك فإن التجارب التى سبق وصفها ستظل مثالا نموذجيًا لمنهجية دراسة الحالة المفردة فى علم النفس العصبى الأكلينيكى.

ل.م

مثال أخير للدراسة المتعمقة للحالة المفردة ، هو دراسة المريض ل.م ، الذى كان يعانى من فقدان محدد فى إدراك الصور المتحركة ، ناتج عن تلف فى اللحاء قبل المخطط (٥) (Zihl et al., 1983). وهى الحالة التفصيلية الوحيدة المعزولة حتى الآن للإدراك المخى المكانى (٦) المنشورة. وعلى الرغم من ذلك ، فقد قبلت على الفور نتائجها فى عالم علم الأعصاب (أنظر Zeki, 1991). وقد وصف كل من هيس وزملائه Hess et al. (1989)، وبيكر وزملائه Baker et al. (1991) وزيل وزملائه Zihl et al. (1991) حالة ل.م باستقلال عن التقرير الأصلى ، وقد قدمت كل هذه الدراسات مجتمعة درسًا كلاسيكيًا عن الاجتهاد فى تعريف آفة محددة ؛ بهدف الكشف عن الاختلال المسئول عنها.

استخدمت الدراسة الأولى بطارية من الاختبارات النفسية العصبية لتوثيق أداء ل.م الضعيف على المهام البصرية الحركية، وأدائه السوى على بقية المهام الإدراكية ، التى لا تتضمن حركة مثل حدة الإبصار على جهاز سنيلين وفرينية (٧) ، والتحليل الزمنى، والرؤية ثلاثية الأبعاد (٨)، وتمييز الألوان، وتحديد مواضع القفزات البصرية (٩) . واستخدمت الدراسات التالية الأساليب السيكوفيزيقية (١٠) فى

(1) Phoneme.
(2) Reading Age.
(3) Schonell's Graded word Reading.
(4) Nominal dysphasia.
(5) Extrastraite Cortical damage.
(6) Akineotopsia.
(7) Snellen and Vernier acuity.
(8) Stereopsis.
(9) Saccadic Localisation.
(10) Psychophysics.

التمييز من خلال الاختيار الجبري (١) ، والموجات الجيبية (٢) ؛ أو منبهات النقاط العشوائية (٣) بهدف تأكيد نوعية التلف الإدراكى المخى المكانى، ولإيضاح أن هذا الاختلال يظهر فى تقديرات خصائص المنبهات المتحركة وليس فى تناقص الحساسية لهذه المنبهات. وتؤدى مثل هذه الدراسات إلى استخلاص أن اللحاء قبل المخطط (وهو المنطقة الثنائية الطرفية (٤) التالفة لدى المريض ل.م) لابد أن تكون مشاركة على وجة الخصوص في عمليات تشغيل المنبهات ، التى تعانى من افتقار معدلات الاشارة – إلى – التشويش (٥). توقع آخر كان مثيراً لحب الاستطلاع ، هو أن الإدراك المخى المكانى يتعين أن يظهر ببساطة من خلال انخفاض عدد الخلايا العصبية الحاملة للمعلومات الموجهة ، وليس نتيجة لفقدان كامل، أو لفقدان لمنطقة أو وظيفة مخية محددة.

وباختصار، فقد اتبعت دراسة الحالة الفردية هذه على وجة الخصوص أسلوباً أدى إلى تعريف دقيق لآفة نوعية محددة على ما يبدو فى إدراك الحركة البصرية، لم يسبق أبداً أن حددت بهذه الدقة، مع توثيق لبقية الوظائف الأخرى بعناية إلى المدى ، الذى أصبح من الممكن عندة صياغة طبيعة الاختلال المسئول عنها بوضوح. وبالتالى لم يكن من المستغرب أن تحتل هذه النتيجة مكانة مهمة فى تراث العلوم العصبية، على الرغم من قيامها على دراسة لحالة مفردة.

خلاصـــــة

ليس من المقترح أن تحل دراسات الحالة المفردة بديلاً عن الدراسات الجماعية ، باعتبارهما المنهج الملائم للبحث فى علم النفس العصبى الأكلينيكى. و على الرغم من ذلك ، فما يقترح هنا هو منح المزيد من الأهتمام للأداء الفردى، ويجب عدم التضحية بمثل هذه البيانات حتى فى الدراسات الجمعية والمتوسطات الاحصائية.

ويمكن استخلاص الفروض التى تستحق الاختبار فى مثل هذه الدراسات من عدد من المصادر، التى تتباين بين التفكير فى مواد الاختبار ذاته، وحتى التوقعات حول الآثار المحتملة لتلف ما، وحتى الملاحظات العابرة.

ومن المأمول فيه – وكما يتبين من هذا الفصل– أن تكتشف ثروة من المعلومات من دراسات الحالة المفردة ، التى تُجرى بعناية فى مجال علم النفس العصبى الأكلينيكى. ويتضمن الطريق الممتد أكثر قليلاً من تطبيق المنهج التجريبى ، وأساليب الإجابة عن أسئلة معينة حول المريض الفرد.

---

(1) Forced - choice discrimination.
(2) Sine - Wave grating.
(3) Random dot stimuli.
(4) Bilaterally.
(5) Signal - to - noise ratio.

References

Akshoomoff, N. A., Courchesne, E., Press, G. A. and Iragui, V. (1992) 'Contribution of the cerebellum to neuropsychological functioning: Evidence from a case of cerebellar degenerative disorder', *Neuropsychologia* 30: 315–28.

Allport, D. A. (1984) 'Auditory-verbal short-term memory and conduction aphasia', *Attention and Performance* 10: 313–25.

Baker, C. L., Hess, R. F. and Zihl, J. (1991) 'Residual motion perception in a "motion-blind" patient, assessed with limited-lifetime random dot stimuli', *Journal of Neuroscience* 11: 454–61.

Bear, D. M. (1979) 'The temporal lobes: an approach to the study of organic behavioural changes', in M. S. Gazzaniga (ed.) *Handbook of Behavioural Neurobiology, Vol. 2, Neuropsychology*, New York: Plenum Press.

Birbaumer, N., Elbert, T., Canavan, A. G. M. and Rockstroh, B. (1990) 'Slow potentials of the cerebral cortex and behaviour', *Physiological Reviews* 70: 1–41.

Bracke-Tolkmitt, R., Linden, A., Canavan, A. G. M., Rockstroh, B., Scholz, E., Wessel, K. and Diener, H.-C. (1989) 'The cerebellum contributes to mental skills', *Behavioural Neuroscience* 103: 442–6.

Butters, N., Pandya, D., Stein, D. and Rosen, J. (1972) 'A search for the spatial engram within the frontal lobes of monkeys', *Acta Neurobiologia Experimentalis* 32: 305–30.

Canavan, A. G. M. (1987) 'Single-case methodology in neuropsychology', in S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds) *A Handbook of Clinical Adult Psychology*, Aldershot: Gower.

Canavan, A. G. M. and Sartory, G. (1990) *Klinische Neuropsychologie – Ein Lehrbuch*, Stuttgart: Ferdinand Enke.

Canavan, A. G. M., Janota, I. and Schurr, P. H. (1985) 'Luria's frontal lobe syndrome: Psychological and anatomical considerations', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 48: 1049–53.

Canavan, A. G. M., Passingham, R. E., Marsden, C. D., Quinn, N., Wyke, M. and Polkey, C. E. (1989a) 'The performance on learning tasks of patients in the early stages of Parkinson's disease', *Neuropsychologia* 27: 141–56.

Canavan, A. G. M., Passingham, R. E., Marsden, C. D., Quinn, N., Wyke, M. and Polkey, C. E. (1989b) 'Sequencing ability in Parkinsonians, patients with frontal lobe lesions and patients who have undergone unilateral temporal lobectomies', *Neuropsychologia* 27: 787–98.

Canavan, A. G. M., Passingham, R. E., Marsden, C. D., Quinn, N., Wyke, M. and Polkey, C. E. (1990) 'Prism adaptation and other tasks involving spatial abilities in patients with Parkinson's disease, patients with frontal lobe lesions and patients with unilateral temporal lobectomies', *Neuropsychologia* 28: 969–84.

Chow, K. L. and Survis, J. (1958) 'Retention of overlearned visual habit after temporal cortical ablation in the monkey', *Archives of Neurology and Psychiatry* 79: 640–6.

Corkin, S. (1965) 'Tactually-guided maze learning in man: Effects of unilateral excisions and bilateral hippocampal lesions', *Neuropsychologia* 3: 338–51.

Corkin, S. (1968) 'Acquisition of a motor skill after bilateral medial temporal-lobe excision', *Neuropsychologia* 6: 255–65.

Cowey, A. and Stoerig, P. (1991) 'Neurobiology of blindsight', *Trends in the Neurosciences* 14: 140–5.

De Bleser, R. (1987) 'From agrammatism to paragrammatism. German aphasiological traditions and grammatical disturbances', *Cognitive Neuropsychology* 4: 187–256.

Desimone, R., Schein, S. J., Moran, J. and Ungerleider, L. G. (1985) 'Contour, colour and shape analysis beyond the striate cortex', *Vision Research* 25: 441–52.

Flor-Henry, P. (1969) 'Psychosis and temporal lobe epilepsy: a controlled investigation', *Epilepsia* 10: 363–95.

Flor-Henry, P. (1972) 'Ictal and interictal psychiatric manifestations in epilepsy: specific or non-specific?' *Epilepsia* 13: 773–83.

Friston, K. J., Liddle, P. F., Frith, C. D., Hirsch, S. R. and Frackowiak, R. S. J. (1992) 'The left medial temporal region and schizophrenia. A PET study', *Brain* 115: 367–82.

Geschwind, N. (1974) 'Late changes in the nervous system: an overview', in D. G. Stein, J. J. Rosen and N. Butters (eds) *Plasticity and Recovery of Function in the Central Nervous System*, New York: Academic Press.

Goldman, P. S. (1971) 'Functional development of the prefrontal cortex in early life and the problem of neuronal plasticity', *Experimental Neurology* 32: 366–87.

Goldman, P. S. (1974) 'An alternative to developmental plasticity: Heterology of CNS structures in infants and adults', in D. G. Stein, J. J. Rosen and N. Butters (eds) *Plasticity and Recovery of Function in the Central Nervous System*, New York: Academic Press.

Goldman, P. S. (1976) 'Maturation of the mammalian nervous system and the ontogeny of behaviour', in J. S. Rosenblatt, R. A. Hinde, E. Shaw and C. Beer (eds) *Advances in the Study of Behaviour, Vol. 7*, New York: Academic Press.

Goldstein, L. H., Canavan, A. G. M. and Polkey, C. E. (1988) 'Verbal and abstract designs paired associate learning after unilateral temporal lobectomy', *Cortex* 24: 41–52.

Goldstein, L. H., Canavan, A. G. M. and Polkey, C. E. (1989) 'Cognitive mapping after unilateral temporal lobectomy', *Neuropsychologia* 27: 167–77.

Goodglass, H. and Kaplan, D. (1972) *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, Philadelphia: Lea and Febiger.

Halligan, P. W. and Marshall, J. C. (1991) 'Left neglect for near but not far space in man', *Nature* 350: 498–500.

Hamlin, R. M. (1970) 'Intellectual functions fourteen years after frontal lobe surgery', *Cortex* 6: 299–307.

Hess, R. F., Baker, C. L. and Zihl (1989) 'The "motion blind" patient: Low-level spatial and temporal filters', *Journal of Neuroscience* 9: 1628–40.

Heywood, C. A. and Canavan, A. G. M. (1987) 'Developmental neuropsychological correlates of language', in W. Yule and M. Rutter (eds) *Language Development and Disorders*, Oxford: Blackwell.

Heywood, C. A. and Cowey, A. (1987) 'On the role of cortical area V4 in the discrimination of hue and pattern in macaque monkeys', *Journal of Neuroscience* 7: 2601–17.

Heywood, C. A., Wilson, B. and Cowey, A. (1987) 'A case study of cortical colour 'blindness' with relatively intact achromatic discrimination', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 50: 22–9.

Kolb, B. and Whishaw, I. Q (1980) *Fundamentals of Human Neuropsychology*, San Francisco: Freeman.

Lees, A. J. and Smith, E. (1983) 'Cognitive deficits in the early stages of Parkinson's disease', *Brain* 106: 257–70.

Linden, A., Bracke-Tolkmitt, R., Lutzenberger, W., Canavan, A. G. M., Scholz, E., Diener, H. C. and Birbaumer, N. (1990) 'Slow cortical potentials in Parkinsonian patients during the course of an associative learning test', *Journal of Psychophysiology* 4: 145–62.

Luria, A. R. (1968) *Mind of a Mnemonist*, New York: Basic Books.

Marshall, J. C. and Halligan, P. W. (1991) 'Reply', *Nature* 352: 673–4.

Mattingley, J. B. and Bradshaw, J. L. (1991) 'Spatial maps', *Nature* 352: 673.

Mazzochi, F. and Vignolo, L. A. (1979) 'Localisation of lesions in aphasia: clinical-CT scan correlations in stroke patients', *Cortex* 15: 627–54.

Meyer, V. and Yates, A. J. (1955) 'Intellectual changes following temporal lobectomy for psychomotor epilepsy', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 18: 44–52.

Milner, B. (1965) 'Visually-guided maze learning in man: Effects of bilateral hippocampal, bilateral frontal and unilateral cerebral lesions', *Neuropsychologia* 3: 317–38.

Milner, B. (1966) 'Amnesia following operation on the temporal lobes', in C. W. M. Whitty and O. L. Zangwill (eds) *Amnesia*, London: Butterworths.

Milner, B., Corkin, S. and Teuber, H. L. (1968) 'Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study of H.M.', *Neuropsychologia* 6: 215–34.

Mohr, J. P. (1976) 'Rapid amelioration of motor aphasia', *Archives of Neurology* 28: 77–82.

Newcombe, F. (1969) *Missile Wounds of the Brain. A Study of Psychological Deficits*, Oxford: Oxford University Press.
Newlin, D. B., Carpenter, B. and Golden, C. J. (1981) 'Hemispheric asymmetries in schizophrenia', *Biological Psychiatry* 16: 561–82.
Niebergall, G., Remschmidt, H. and Lingelbach, B. (1976) 'Neuropsychologische Untersuchungen zur Rückbildung traumatisch verursachter Aphasie bei Kindern und Jugendlichen', *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 5: 194–209.
Orbach, J. and Fantz, R. L. (1958) 'Differential effects of temporal neo-cortical resections on overtrained and non-overtrained visual habits in monkeys', *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 51: 126–9.
Ottosson, D. and Rostene, W. (1989) *Visualisation of Brain Function*, New York: Stockton Press.
Pfurtscheller, G. and Lopes da Silva, F. H. (1988) *Functional Brain Imaging*, Bern: Huber.
Powell, G. E., Polkey, C. E. and Canavan, A. G. M. (1987) 'Lateralisation of memory functions in epileptic patients by use of the sodium amytal (Wada) technique', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 50: 665–72.
Rockstroh, B., Elbert, T., Canavan, A. G. M., Lutzenberger, W. and Birbaumer, N. (1989) *Slow Cortical Potentials and Behaviour, 2nd edn*, Munich: Urban and Schwarzenberg.
Rolls, E. T., Thorpe, S. J., Maddison, S., Roper-Hall, A., Puerto, A. and Perrett, D. (1979) 'Activity of neurons in the neostriatum and related structures in the alert animal', in I. Divac and R. G. E. Oberg (eds) *The Neostriatum*, Oxford: Pergamon Press.
Rolls, E. T., Thorpe, S. J., Boytim, M., Szabo, I. and Perrett, D. (1984) 'Responses of striatal neurons in the behaving monkey. 3. Effects of iontophoretically applied dopamine on normal rsponsiveness', *Neuroscience* 12: 1201–12.
Rosenkilde, C. E. (1979) 'Functional heterogeneity of the prefrontal cortex in the monkey: a review', *Behavioural and Neural Biology* 25: 301–45.

Sacks, O. (1985) *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*, London: Duckworth.
Scott, C. and Byng, S. (1989) 'Computer-assisted remediation of a homophone comprehension disorder in surface dyslexia', *Aphasiology* 3: 301–20.
Scoville, W. B. (1954) 'The limbic lobe in man', *Journal of Neurosurgery* 11: 64–6.
Scoville, W. B. and Milner, B. (1957) 'Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 20: 301–45.
Shallice, T. (1979) 'Case study approach in neuropsychological research', *Journal of Clinical Neuropsychology* 1: 183–211.
Shallice, T. (1982) 'Specific impairments of planning', *Philosophical Transactions of the Royal Society, London* B 298: 199–209.
Shallice, T. (1988) *From Neuropsychology to Mental Structure*, Cambridge: Cambridge University Press.
Shallice, T. and Warrington, E. K. (1970) 'Independent functioning of verbal memory stores: a neuropsychological study', *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 22: 261–73.
Sidman, M., Stoddard, L. T. and Mohr, J. P. (1968) 'Some additional quantitative observations of immediate memory in a patient with bilateral hippocampal lesions', *Neuropsychologia* 6: 245–54.
Teuber, H. L. (1975) 'Recovery of function after brain injury in man', in *Ciba Foundation Symposium 34*, Amsterdam: Elsevier.
Warrington, E. K. and Shallice, T. (1969) 'The selective impairment of auditory verbal short-term memory', *Brain* 92: 885–96.
Weinberger, D. R., Berman, K. F. and Zee, R. F. (1986) 'Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 43: 114–24.
Weinberger, D. R., Berman, K. F. and Illowsky, B. P. (1988) 'Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 45: 609–15.

Weiskrantz, L. (1986) *Blindsight. A Case Study and Implications*, Oxford: Oxford University Press.

Weiskrantz, L., Warrington, E. K., Sanders, M. D. and Marshall, J. (1974) 'Visual capacity in the hemianopic field following a restricted occipital ablation', *Brain* 97: 709–28.

Woods, B. T. and Teuber, H. L. (1973) 'Early onset of complementary specialisation of cerebral hemispheres in man', *Transactions of the American Neurological Association* 198: 113–17.

Zeki, S. (1991) 'Cerebral akinetopsia (visual motion blindness) A review', *Brain* 114: 811–24.

Zihl, J., von Cramon, D. and Mai, N. (1983) 'Selective disturbance of movement vision after bilateral brain damage', *Brain* 106: 313–40.

Zihl, J., von Cramon, D., Mai, N. and Schmid, C. (1991) Disturbance of movement vision after bilateral posterior brain damage. Further evidence and follow-up observations', *Brain* 114: 2235–52.

الفصل الأربعون

القضايا المهنية فى التسعينيات و ما بعدها
مطالب جديدة و مهارات جديدة

Professional issues in the 1990s and beyond
New demands, new skills

Catherine Dooley كاثرين دولى

الفصل الاربعون

القضايا المهنية فى التسعينيات وما بعدها

مطالب جديدة، ومهارات جديدة

كاثرين دولى Catherine Dooley

مقدمه : ما القضايا المهنية؟

ما المقصود بالقضايا المهنية؟ ما فحوى الموضوع الذى يتضمنه هذا التعبير؟ يحتاج هذا الأمر للإيضاح ، قبل استكشاف تلك القضايا المتعلقة بعلم النفس الأكلينيكى للراشدين بطريقة ملائمة.

تعريف المــهنة

تستخدم كلمة مهنى فى هذه الأيام بصورة واسعة ، للإشارة إلى أى شخص صادق وموثوق فيه. وعلى الرغم من ذلك فهناك فروق واضحة من حيث الخبرة، والسلطة، والأهمية الاجتماعية، والاستقلالية، وذاتية الإدارة، والالتزام والمكافأة (Windt et al., 1991) تحدد من هو المهنى الحقيقى.

وهناك اتفاق عام على أن الاعتراف بالمهن ينبع أساسًا من النماذج الثلاثة : الطب، والقانون، والأكليريوس. وتقتفي المهن التالية عليها عمليات اكتساب التخصص ذاتها ، من خلال تطوير مهارات فنية وخبرات. و على الرغم من ذلك فإن ضمان وضع مهنى معين يتطلب خطوات إضافية جوهرية، إذ يتعين أن تكون الخبرة فريدة فى نوعها بالنسبة للمهنة، وأن يكون هناك تدريب نظامى، وأن تكون هناك معايير واضحة للسلوك تحمى الجمهور العام.

واقتباساً من داير Dyer:

للتبسيط يمكننا القول أن المهنة تعّرف بالآتى :

أ) المعرفة الخاصة بها، والأساليب، والخبرات.

أو

ب) قيمها ومعاييرها الأخلاقية.

ويعتبر داير أن التدريب هو الوسيلة التى تتطور بها الخبرة والمعايير ، وليس باعتباره عاملاً منفصلاً. وسنلتزم بهذا الفرض على امتداد هذا الفصل.

إعادة النظر فى القضايا المهنية

يتطلب العمل الذى تم لتعديل الاختبارات الخاصة بدرجة الدبلوم فى علم النفس الأكلينيكى بجمعية علم النفس البريطانية (Powell et al., 1993) مراجعة وتصنيف منهج الدراسة الخاص

بالقضايا المهنية. وقد حُددت ثلاثة مجالات رئيسية لتصنيف الموضوعات المعينة ، التى سيتضمنها هذا ، المنهج وهى :

- المهنة وسياقها.
- الأفراد والخبرة المهنية.
- القضايا الاخلاقية

وعلى النقيض من التعريف المبكر للمهنة، كان من الواضح عند التفكير فى ما تتضمنه القضايا المهنية فى التسعينيات وما بعدها، انه لا يمكن استبعاد السياق التنظيمى ، الذى يعمل الأخصائيون النفسيون الإكلينيكون فى إطاره ؛ إذ يحتاج الأخصائى النفسى الكفء لفهم دور ووظيفة خدمات الصحة الوطنية، والخدمات الاجتماعية، ودور الوكالات الخاصة والهيئات التطوعية، والقطاع القانونى... إلخ.

القضايا المهنية فى علم النفس الأكلينيكي

يبدو من المهم التفكير فى سبب تركيز تعريف المهنة جوهريًا على العمل الداخلى فيها ، بينما يرتبط مجال القضايا المهنية بالعالم الخارجى الذى يعمل فيه المهنى. والإجابة هى أن كل المهنيين الأوائل، والكثيرون ممن جاءوا بعدهم ، كانوا يعملون مستقلين ، وبالتالى لم يكن مطلوبًا منهم وضع الاعتبارات المجتمعية فى الحسبان. والواقع أن إحدى وجهات النظر هى أن المهنى الحقيقى لا يمكن توظيفه مقابل أجر، إذ أن ذلك يضعف من ولاءه الأساسى للعميل . (Toren, 1972)

ومن المفترض أن هذه هى بالضبط نقطة التحول فى موقف المهن المسئولة عن هذه القضايا المهنية، التى يصارع فيها الأخصائيون النفسيون الآن، - أي مع بقية المهن الأخرى- فى إطار الخدمات الصحية ، أو خارج هذا الإطار، وعلم النفس الأكلينيكى فى مرحلة انتقال في الوقت الراهن من كونه هو المحدد لتعريفه أساسًا ، و من كونه مهنة تراقب ممارساتها بنفسها إلى مرحلة تتطلب تسويق مهاراته فى صلتها بالمتطلبات الاجتماعية الداخلية وأن يفسر علانية ما يقوم به من عمل.

وسيقدم بقية الفصل هذا الموضوع فى صلته بكل من الانشغالات الحالية فى المهنة، والبيئة المتغيرة التى يرتبط بها، وسيتم تعريف بعض الموضوعات المحورية، وستُقترح بعض الاتجاهات الممكنة.

القضايا المعاصرة فى علم النفس الأكلينيكى

المآزق الداخلية فى المهنة

مجالات العمل الجديدة

أولى الخصائص و اكثرها إثارة للانتباه فى مجال العمل فى علم النفس بين الراشدين ، هى المطالب المتزايدة على الخدمات النفسية فى الكثير من مجالات العمل الجديدة. وقد ظهرت أشكال جديدة من الاضطرابات النفسية فى الأعوام الأخيرة ، مثل : مشكلات نقص المناعة(١) وفيروسها(٢)، ومشكلات تم تحديدها باعتبارها تتطلب تدخلاً متخصصًا ، مثال ذلك علاج آثار الانتهاك الجنسى لدى الراشدين ،

(1) AIDS.
(2) HIV.

عندما كانوا أطفالا (Cahill et al., 1991). بالإضافة إلى التطورات الجديدة فى مجال الممارسة، مثال ذلك مجال الرعاية الصحية الأولية والصحة النفسية.

وقد أصبحت الاختيارات متعددة وشديدة الاتساع فى مجال العمل النفسى، بينما ظلت الموارد محدودة للغاية. ويوضح تقرير مجموعة تخطيط القوى العاملة والاستشارات ، الذى أصدرته اللجنة التى شكلتها الإدارة الصحية لمراجعة الخدمات النفسية فى المملكة المتحدة (Manpower Planning and Advisory Group, 1990) أنه عند النظر فى عدد الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين (فى كل التخصصات) يتضح أن ٢٥ فى المئة من المناطق بها أربعة أو أقل، ٥٠ فى المئة بها سبعة أو أقل، ٧٥ فى المئة بها ١١ أو أقل. ويوضح ذلك أن فكرة مجالات التخصص التى سبق عرضها فى عام ١٩٧٧ (Trethowan, 1977) و تم صقلها وتوسيعها فى تقرير إدارة الخدمات الاستشارية (١٩٨٩) فكره غير مطبقه ، فى أى المناطق باستثناء أقلية من إدارات الأقاليم ، التى أنشئت فى الوقت الحاضر.

قوائم الانتظار

قد تصبح نتيجة ذلك قوائم انتظار طويلة، مع انتظار عديد من العملاء لعده شهور : و تتجه ٤٤٫٢ فى المئة من الإحالات إلى أقسام ، يكون الانتظار فيها لأكثر من ستة أشهر، وينتظر ١٥ فى المئة لمدة عام؛ حتى يمكن رؤيتهم (Division News, 1993). وقد قدمت عده مقترحات خيالية للتعامل مع هذه المشكلة ، تتضمن العلاج الجماعى، وتصفيه الأفراد والمجموعات قبل العلاج، ووضع نُظم حصصية للإحالات، واستخدام نماذج للعلاج القصير، وتشجيع سياسة العمل الحر لتشجيع موارد أخرى (وهى مقترحات ملخصة فى : Jacobson, 1993). و يصف وايت White (1992) استخدام العروض المحلية والمحاضرات العامة ، بهدف تشجيع الصحة النفسية.

وقد طور نموذج اثنين - زائد - واحد بأفضل صورة، ويدعى أنه اشتق من البحوث ، التى أجريت حول هذه الجوانب الخاصة بالعملية العلاجية ، التى تعزز فعالية العلاج المختصر (Barkham and Shapiro, 1989) وقد تعرض هذا النموذج للنقد بوصفه نموذجًا لتقديم الخدمة بمنطق توفير الموارد، وليس بوصفه نموذجًا للعلاج يهدف لتعزيز المنفعة. ويتعين الأعتراف أن أفضل تعامل مع مشكلة قوائم الانتظار لن يكون فى أفضل الأحوال إلا مُسكنّ للمشكلة الكامنة، وسيكون من المطلوب التوصل إلى حل على المدى البعيد.

صعوبات التجنيد

يضاف إلى ذلك أن مشكلات تجنيد أفراد جدد، والتى كانت قاصرة من قبل على خدمات تعاطى المخدرات، والخدمة الشرعية، وخدمات المسنين ، وحيث تصل معدلات الوظائف الشاغرة إلى ما يتراوح بين ٢٠-٣٠ فى المئة (Manpower Planning and Advisory Group, 1990) مشكلات شائعة، وتمتد الآن إلى التخصصات العامة للراشدين ، و تشير أرقام مجموعة التخطيط للقوى العاملة والاستشارات إلي نسبة خلو فى الوظائف الخاصة بالصحة العقلية للراشدين فى بيانات عام ١٩٨٩، تصل إلى ١٧ فى المئة (المرجع نفسه ص ٤٩ جدول ٣).

وتشير المسوح المحلية التى أجريت فى فترة أحدث إلى أن هذه النسبة فى تزايد الآن. وقد تعامل الأخصائيون النفسيون فى التخصصات الأقل شعبية، وحيث دائما ما تكون الموارد النفسية محدودة، مع المشكلات المزمنة للعمالة، وعدم توازن مستويات فريق العمل، من خلال تقديم الخبرة النفسية الأكلينيكية

والخدمات بطرق غير مباشرة : من خلال الاستشارات، وتدريب العاملين، والعمل على تطوير الخدمة (Kat, 1991).

وقد يحتاج الأخصائيون النفسيون الذين يعملون مع العملاء الراشدين إلى التفكير الآن فى تعديل طريقة عملهم، إذا كانوا يرغبون فى الحفاظ على مشاركتهم فى مجال عريض من التخصصات الأكلينيكية، دون أن تغرقهم إحالات العملاء إليهم. ويوجد شعور عام أن هناك مقاومة لمثل هذا التغيير الأساسى فى العمل، والذى سيناقش فيما بعد. و على الرغم من ذلك، فإن الإجابة الواضحة على هذه الصعوبات هى العمل على زيادة أعداد المتدربين فى المهنة فى المملكة المتحدة ، من خلال زيادة مواقع التدريب.

معوقات التدريب

بينما يحدد تقرير مجموعة التخطيط للقوى العاملة والاستشارات الحاجة إلى التدريب، إلا أن الأحداث المتعلقة بإعادة تشكيل خدمات الصحة الوطنية فى عام ١٩٩١ تجاوزته لسوء الحظ. فتفسير ورقة العمل العاشرة (Department of Health, 1989) يوضح استبعاد أية آلية للتخطيط المركزى لزيادة مواقع التدريب ، وأصبح التدريب الآن بوضوح التزام اقليمى يرتبط مباشرة بمتطلبات العمالة فى المشروعات (Richardson, 1992) ، وبالتالى فإن أولئك الذين يقومون بتشغيل الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين - بطريقة مباشرة أو غير مباشرة- هم الذين سيحددون عدد من يدخلون إلى المهنة فى المستقبل القريب ، وبالتالى فهم فى حاجة لأن يكونوا قادرين على عرض قضيتهم بشكل واضح وغير ملتبس ؛ لكى يعينوا أخصائيين نفسيين أكلينيكيين.

العمل فى المجتمع وفرق العمل.

هناك أيضا ابتعاد عن الأساليب التقليديه لتلقى الخدمات النفسية فى العيادات الخارجية ، أو فى الأقسام المركزية لعلم النفس، وحيث يأتى العميل لمقابلة الأخصائى النفسى لاحتياج محدد، و يتلقي علاجاً مباشراً وفرديا لفتره غير محدودة. فقد حولت الرعاية المجتمعية التى بدأت فى الثمانينات عدداً أكبر من الأخصائيين النفسيين إلى المواقف المجتمعية، ليكونوا غالباً جزءاً من الفريق المجتمعى للصحة العقلية. ولهذا الأمر دلالات تتعلق بنموذج العمل والوسائل ، التى يمكن من خلالها تعزيز الصحة النفسية (Bender, 1976) ، والتى يتوافق أغلبها تماماً مع أهداف ومبادئ الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين.

و على الرغم من ذلك، فهناك انشغال جوهرى يتعلق بطريقة تقديم الخدمة، وبكفاءة وفعالية فريق العمل على وجه الخصوص. ويحدد تريبكا ومارش Trepka and Marsh (1990) انشغالات الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين بالأمور المتعلقة بكل من الدور والحماية القانونية، والتمايز، ووضع الخبرة الخاصة بالأخصائيين الأكلينيكيين. وقد رأى بيلجرم وتريشر Pilgrim and Treacher (1992) أن هذه الانشغالات ترجع جزئياً إلى عدم وضوح الدور ، وتسيبه بدلاً من تخصصيته ، الذى كان قد أصبح يسم الممارسة فى المواقف المجتمعية والذى جعل الأخصائيين النفسيين يشعرون أنهم مستهدفون لنقص الحماية القانونية ، مقارنة بالمهنيين الأخرين مثل الأطباء والمرضين والأخصائيين الاجتماعيين.

المنافسة

لاشك فى أن مهنة علم النفس الأكلينيكى شعرت أنها تستطيع أن تسترخى ، مطمئنة للثقة فى فعاليتها ، عندما كانت هناك دلائل متزايدة فى وقت ما على قيمة الخبرة فى علم النفس الأكلينيكى، والتدخلات العلاجية، كما وصفت تحديداً فى التراث البحثى، وقدمت بشكل عام فى واتس Watts (1990)،

واذا بالمرء يجد فى الوقت نفسه انتشاراً لمعالجين آخرين يدعّى كل منهم أنه لديه المستوى نفسه من الخبرة. فممرضى الطب النفسى يمكنهم أن يقدموا بشكل سطحى ما يبدو على أنه هو تماماً مجموعة العلاجات التى تقدمها الاقسام النفسية.

وقد يصنف الإرشادالنفسى أو لا يصنف فى مجال عمل الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين، بناءً على وجهه النظر التى يقبلها المرء، وبالتالى يتعين اقتراح مهنة منفصلة لأخصائى الصحة النفسية (Bennet and wright, 1992)

جوهر المهنة

لا تؤدى هذه العناصر المختلفة إلى جعل المهنة على ثقة من نفسها فيما يختص بخبرتها ودورها. وليس هذا الأمر بالجديد، فقد أوضحه بيلجرم وتريشر Pilgrim and Treacher (1992) فى مراجعتهما لتاريخ المهنة. ويوصي موتراي Mowbray فى تقرير إدارة الخدمات الاستشارية (١) Mas (1989) أن تعمل المهنة على توضيح جوهر خبرتها، واستجابة لذلك ، قام قسم علم النفس الأكلينيكى فى جمعية علم النفس البريطانية ، بإصدار بيان بعنوان « جوهر هدف وفلسفة المهنة »(BPS/DCP, 1992)، كما أوضح الأمر بالمثل التحليل الحالى ، الذى قدمه المجلس الوطنى للمؤهلات المهنية ، بالمشاركة مع جمعية علم النفس البريطانية.

السياق المتغير فى عمل علم النفس الأكلينيكى

لم تكن خدمات الصحة النفسية فى حالة مستقرة على الإطلاق منذ بدئها، غير أن التغيرات المنتظمة التى حدثت فيها على وجه العموم ، استهدفت على نطاق واسع الطريقة التى تنتظم بها الخدمات، أو الطريقة التى تقدم بها. و على الرغم من ذلك، فإن إصلاحاتها فى عام ١٩٩١ استهدفت هيكل الخدمات الصحية الوطنية ذاته ، متضمنه خصائص تتراوح بين العمل فى القطاع الخاص وحتى الخدمات العامة. ومازالت الأثار الكاملة لإعادة التشكيل هذه غير واضحة حتى الآن، ولا يحتمل أن تصبح واضحة فى المستقبل القريب.

و على الرغم من ذلك، فإن أحد الأمور الواضحة هى : أن الطريقة التى نظمت بها الخدمات النفسية من الداخل، ونظمت بها علاقاتها بالقطاعات المختلفة ستختلف بشكل متزايد، فأنواع الخدمات النفسية الأكلينيكية ستقدم على أسس فردية بقدر أكبر بناء على الأوضاع المحلية.

نتيجة لهذين السببين – أن الاصلاح لم يطبق كلية، واحتمال أن الخدمات النفسية أصبحت متباينة بقدر أكبر – يبدو من الملائم بقدر أكبر أن ننطلق مع الموضوعات السياسية والفلسفية ، التى تقف خلف هذه التغيرات لعرض تاثيراتها على الخدمات النفسية. ويتعيين أن يتضح مما يلى أن التغيرات الجوهرية أكثر ميلاً على العموم لأن تكون دائمة، وأنه يبدو أنها تعكس إعادة تعريف كل من أهداف خدمات الصحة العامة، والطرق التى ستوفر بها الموارد.

(1) Management Advisory Service.

المناصفة بين المشترى والمورد

أولى التغييرات الأساسية وأكثرها وضوحًا فى جوهر إصلاحات عام ١٩٩١ ، ذلك التقسيم بين المشترى ومورد الخدمة. ووفق ذلك تكون الإدارات الصحية هى الآن مشترية الخدمات الصحية من الوحدات الموردة. وقد نتج عن ذلك عدد من الاختيارات المتعلقة بتنظيم أقسام الخدمة النفسية (فى الاتحادات، وفى الوحدات ذات الإدارة المباشرة، وفى الإدارات الأكلينيكية المستقلة فى إطار مهن أخرى، أو بالمشاركة مع هذه المهن، وفى الوكالات التجارية) ، وقد فتح ذلك المجال أمام الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين لبيع الخدمات خارج الجهات الأساسية ، التى توظفهم – إلى هيئات الرعاية الاجتماعية، وإلى المستخدمين فى القطاع الصحى الخاص ، أو حتى فى الصناعة.

اللامركزية

أساسًا، كانت الهيئة المشترية الرئيسية هى السلطة الصحية الإقليمية، والتى يمكن أن تقرر احتياجات المنطقة الصحية، وتتعاقد بالتالى مع إدارات المستشفيات ، وتدبر مباشرة احتياجات الوحدات لهذه الخدمات. و على الرغم من ذلك فإن توفر التمويلات هو الذى يهيمن على هذه الممارسات، والذى يُرشد بوسائل محدودة للغاية، وأصبحت متزايدة الآن (Department of Health, 1992 b) . وفى ضوء الدلالات ، التى تقف خلف رغبة الحكومة فى تحويل القرارات الخاصة باستخدام الموارد من سلطة المناطق إلى مستوى الرعاية الصحية الأولية، تزايد بالتالى تعاقد هذه الإدارات على توفير الخدمات النفسية للمارسين العموميين على وجه التحديد، والذين يشترون مباشرة مثل هذه الخدمات، ولديهم مطالب شديدة التحديد والوضوح.

ويتضمن هذا الجانب من الإصلاحات صعوبات وإمكانات. و على الرغم من ذلك، كانت النتائج الفورية وجود عقود رسمية الآن بين الإدارات ومشترى الخدمة، كما تقوم هذه الادارات بمراقبة تقديم الخدمات عن قرب، وانفتح الباب أمام المنافسة، أساسًا من سائر الادارات النفسية الأخرى، ومن المؤكد أيضًا المنافسة من جانب المعالجين الآخرين ، الذين يستطيعون تقديم خدمات أكلينيكية مشابهة.

التسويق

إحدى الطرق المفيدة للتفكير فى دلالات الخدمات العلاجية هى أن نضع فى اعتبارنا فكرة التسويق (١) ، ولا يتعين أن يتضمن هذا المنحى تخطيط الخدمات وتقديمها ، فقط على أساس التكلفة وعلى حساب الجودة، أو تقديم الخدمات على أسس تجارية ، من خلال صور زائفة وبراقة.

ويتطلب التسويق – من وجهة النظر الفنية – بحوثًا تسعى تعرف أنسب القطاعات التسويقية، وتكشف عن الأولويات، وعن احتياجات العملاء المتوقعين، وتضع فى الاعتبار الوسائل والأساليب ، التى تؤدى إلى الاستجابة لهم. وهى تستلزم تواصلا وحواراً ، يساعد من خلاله المورد المشترين المحتملين فى تعرف البدائل والمناحى ، التى يمكن أن تفى باحتياجاتهم. وهو يتطلب فوق كل ذلك التعامل مع الزبائن بشكل جاد، سواء وافق المرء على أولوياتهم أم لم يوافق. ويتضمن هذا الأمر تغيراً جوهريًا بالنسبة لكل المهنيين والدلالات التى تستخلص من ذلك، هى أنه إذا رغب الممارسون العموميون فى خدمات على أسس محلية ، من خلال تدوير سريع ونشط للمرضى، فيتعين على الأخصائيين النفسيين الأكلينيكين أن يضعوا

(1) Marketing

ذلك فى اعتبارهم فى الخدمات التى يقدمونها. وإذا رغب مديرو الخدمات الصحية أن يعمل الأخصائيون النفسيون مع المرضى المقيمين لفترات طويلة فى أجنحة الحالات الحادة، فعلى الأقسام النفسية أن تكون قادرة على الاستجابة. ويتعين أن تنعكس المتطلبات المختلفه لهذين المشتريين المختلفين على نوعين من التعاقدات. يميل أحدهما بقدر أكبر إلى الصلة المباشرة مع العميل، وتحديد حجم العمل، ويميل الثانى إلى التركيز أكثر على الصلات غير المباشرة، كالإشراف على فريق، والتدريب، أو العمل مع فريق.

ولا يؤدى هذا التغيير إلى استبعاد المعايير المهنية والنصح حول أفضل الخدمات ملاءمة : ومن الواضح أن أداء الأقسام قد يتدهور إلى مستوى ضعيف من العمل الذى يُشعر العاملين أنه موجه بطريقة سيئة. و على الرغم من ذلك ، فلدى العميل الاختيار لأن يتجه إلى مكان آخر.

ويستطيع المرء أن يلاحظ من الأمثلة التى قدمت فى الفقرة السابقة مقدار ما أصبح عليه التنوع فى الخدمات النفسية. وسيكون الأخصائيون النفسيون مطالبين بالعمل فى مجالات مختلفة، وبطرق مختلفة، اعتماداً على العقود المحلية.

المسئولية

يلى ذلك أن كل الأعمال الخاصة بالخدمات الصحية الوطنية تدخل بدرجة أكبر في نطاق المسئولية، وتقع فى نطاق الفحص الخارجى، وبالتالى أصبحت عرضة للنقد بطريقة ، لم يسبق حدوثها من قبل على الإطلاق. وقد نتج ذلك عن الحاجة لمراقبة استخدام الموارد فى مجال الخدمات الصحية الوطنية، وتعد خدمات الصحة الوطنية ككل إحدى أكبر البيروقراطيات فى أوربا، واحد أكبر المشغلين للعمالة فى العالم. وتاريخ الخدمات الصحية الوطنية ، هو بأوسع المعانى تاريخ محاولات السيطرة والإدارة لموارد ضخمة، بطريقة تؤدى إلى توفير أفضل للرعاية الصحية للأمة.

وقد نتجت بالتالى متطلبات ، أصبحت مألوفة الآن لكل الأخصائيين النفسيين ، ويعود كورنرKörner لوصف وتكميم الأعمال التى يقوم بها الأخصائيون النفسيون في الآتي :

مستوى جودة الاستراتيجيات التى تتطلب إيضاح الأهداف، و طرق التنظيم ، وتوفير الخدمات النفسية الأكلينيكية، و تقييم الأداء الأكلينيكى – وهى آلية تسمح بمراجعة وتحليل عمليات تقديم الخدمات للعميل ... هل أدت الخدمة إلى فروق؟هل تستحق الجهد الذى بذل فيها؟ هل المعلومات ذات معنى وذات علاقة؟

و بالمثل أصبح تطور مواصفات الخدمة فى إطار التعاقدات الرسمية يتطلب الآن ، تحديد حجم العمل (أى عدد الجلسات فى الأسبوع)، والطريقة التى يجرى بها العمل (عمل مباشر أو غير مباشر مع العميل، الخ) ومقاييس النتائج، مثل : عدد الإحالات الجديدة، عدد الجلسات العلاجية .. إلخ. و على الرغم من أنه يتعين فى الكثير من الحالات أن يقابل ذلك بكل ترحيب ؛ حيث سيؤدى إلى تقديم خدمة أكثر وضوحاً وكفاءة، إلا أن هناك قلقاً شديداً من أن يؤدى فقدان الاستقلال المهنى إلى انخفاض كفاءة العمل، إذا أصر المشترون على نمط معين لتقديم الخدمة لا يكون ملائماً. و على الرغم من ذلك. فما زال هذا الوضع متبع رسميا حتى الآن، على الأقل مع كل المهن الأخرى بطريقة نظامية وشاملة ، بما يسمح بالحوار حوله، وحول الأولويات والوسائل التى يتعين الأخذ بها ، وسيتم وصف التطورات الحديثة فى مجال المهنة فى هذا القطاع فيما بعد.

أهداف الرعاية الصحية

و على الرغم من ذلك، فهناك أكثر من تغير أساسى ، يتعلق بأسس وأهداف الخدمات الصحية، فى كل من المملكة المتحدة والعالم الغربى.

فقد تزايدت خيبة الأمل خلال السبعينيات فى الشكل القائم للخدمات (Kelin, 1983)، خيبة أمل فى إمكانات العلوم (الطبية) فى توفير الحلول الفنية للوقاية من الأمراض أوشفائها. وهناك أهتمام متزايد الآن، لا بالعمل الوقائى فقط، بل بالتوصل وبطرق حاسمة إلى خدمات صحية فعالة. ويتلخص ذلك فى الاصدار الحديث لمجلة صحة الأمه (١) (Department of Health, 1992c) ، والتى أوضحت أهداف خفض مؤشرات مجال عريض من الأضطرابات الجسمية وخفض انتشارها، بالإضافة إلى بعض المشكلات الأخرى ، المتعلقة بالصحة العقلية بطريقة تبعث الأمل (BPS, 1992)

التمرد على المهنية

كان لذلك دلالات جوهرية على الوضع الخاص بالممارسات المهنية ، ويتتبع كلين (1983) Klein التغيرات السياسية المتعلقة بخدمات الصحة الوطنية، ويحدد الاتجاهات المتعلقة بها منذ السبعينيات – والتى اتخذت صورة التمرد ضد قيم الخبرة والاهتمام المتزايد بالمشاركة الديمقراطية، ويشير بلجرام وتريشر (1992) Pilgrim and Treacher أيضا لهذه الاتجاهات ، والتى اتجهت أساسًا إلى مهن الطب والتمريض، ثم اكتسحت أيضًا الكثير من المهن الأخرى فى طريقها. وقد تبدى تأثير هذا التغير فى تشريعات مثل قانون توفير المعلومات (١٩٩١) ، والذى أصبحت المهن لا تستطيع بمقتضاه إدعاء القوة السحرية (أو حيازة) المهارات الفنية باعتبارها أساسًا لوضعها، بل أصبحت فى حاجة لتقديم خبراتها بطريقة واضحة ومفهومة للعملاء والمستخدمين، وأصبح يتعين عليها أن تكون على استعداد لدعوتها لتفسير أعمالها وقراراتها فى مضمار الصراع العام.

نماذج تقديم الخدمة

ستناقش المطالب المتغيرة من المهنيين تفصيلا فيما يلى، غير أنه يبدو من المفيد أولاً الكشف عن التغيرات فى أسس خدمات الرعاية الصحية ، التى تقف خلف الاستراتيجية. وقد صاغها ستاسى Stcey (1977) ، كما وصفت فى هام (1993) Ham كالآتى :

يمكن النظر إلى نموذج تقديم الخدمة على أنه يقوم على ثلاثة اعتبارات متوازنة ،هى :

- التوجه نحو الفرد فى مقابل الصحة العامة .
- التركيز على الكفاءة الوظيفية مقابل الرفاهية .
- الهدف العلاجى مقابل الوقائى.

ويدور جدال هام Ham حول أن الخدمات الصحية الوطنية تأسست وعملت لهدف علاجى، يركز على الكفاءة الوظيفية للأفراد، وأنها الآن قد تغيرت لأن تكون توجهًا ، يبدو أنه يحافظ على الحالة الصحية العامة لكل السكان ، ويطورها مع تركيز متزايد على الوقاية.

(1) The Health of the Nation.

وبينما تميل الكتابات لاستخدام المصطلحات الطبية، إلا أن المرء يستطيع أن يتبين أن تغيراً مماثلاً يقبل التطبيق فى مجال خدمات الصحة العقلية. ويتعلق بالتالى بعلم نفس الراشدين الأكلينيكى. وأحد أكثر القضايا ، التى تترتب على هذا التغير أهمية فى التوجهات الحالية هى الأولوية المقررة حاليًا لجودة توصيل الخدمات الصحية، على امتداد كل المجموعات الاجتماعية والعرقية و الاقليات الحضارية. وقد وجه النقد إلى خدمات الصحة العقلية لضعف خدماتها للنساء،(Clinical Psychology Forum, 1989) وللأقليات العرقية على وجه الخصوص (Littlewood and Rack, 1991). وهو نقد لا يقوم على نمط الإحالة وتقديم الخدمات فقط، ولكنه يمتد إلى الطريقة التى يعكس بها التشخيص التنميط الحضارى والجنسى. وقد فحص هذا الأمر فى مجال الخدمات النفسية الأكلينيكية، وحيث ذكر تقرير مسحى لإدارات المناطق (Goodwin and Power, 1986) عدداً من الأسباب الخاصة بصعوبات توفير الخدمة لعملاء من مجموعات الأقليات العرقية ، ومن بين هذه الأسباب اللغة. ويشعر علاء الدين Alladin (1986) أن هناك قضايا جوهرية أكبر ، مستشهداً فى ذلك بالغيبيات المتغلغلة حول نماذج الممارسة الأكلينيكية المستخدمة ، والعلاقة بين العرقية واحتياجات الصحة النفسية.

إلى أين يتجه علم النفس الأكلينيكى.

على الرغم من أن علماء النفس الأكلينيكيين يمكنهم عند مستوى ما الشعور بالراحة تماماً للتقدم الحالى، طالما أن المهنة ترحب بهذه التغيرات فى الفلسفة، إلا أنه يبدو أنهم ما زالوا فى حاجة إلى اختبار القيم والفروض القائمة خلف عملهم فى المستوى الأساسى له ، وذلك لإحداث تأثير هيكلى فى تقديم الخدمات النفسية.

ولتأكيد هذا الأمر ، سنقدم اقتباساً مطولاً من فصل المقدمة، الذى كتبه ديڤيد هوكس David Hawks لكتاب ماكفرسون وساتون Mc Pherson and Sutton (1981) إعادة تشكيل الممارسات النفسيةَ(١) :

خلاصة

نُوقش فى هذا الفصل أن الندرة النسبية فى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين تكون مشكلة فقط،عندما تفهم الممارسات النفسية الأكلينيكية باعتبارها علاقة علاجية من نمط واحد – إلى – واحد. فإذا قيل أن الأخصائيين النفسيين لا يمكنهم على الإطلاق تقديم مثل هذه الخدمة، و التساؤل عما إذا كانوا حتى يحاولون ذلك. وبدلا من طلب الكثير والكثير من الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين، قدمت الاعتبارات التى تسمح بإعادة تعريف المهام الأكلينيكية والدلالات الجذرية لذلك على الفرد ، وعلى الممارسات المشتركة لعلم النفس الإكلينيكى ، التى يمكن أن تظهر.

وعند مقابلة المرضى الأفراد، إذا قوبلوا ، فيجب أن يكون ذلك بهدف تطوير المهارات التشخيصية والعلاجية بقصد توفيرها، وبهدف إظهار الأعمال الأكثر عمومية فى المرض النفسى.

و على الرغم من ذلك، فإن الاستمرار فى مقابلة مرضى أفراد على وجه الحصر، لا يعد فقط تأييداً لنشاط تمييزى، بل من الواضح أيضا أنه أمر غير عملى فى ضوء انتشار الأضطرابات النفسية. كما أن الممارسات النفسية الأكلينيكية ليست وحدها التى تستلزم فحصها فى ضوء هذه المقدمات ؛ إذ

(1) Reconstructing psychological practice

يبدو أن الكثير من الممارسات النفسية الأكلينيكية المشتركة لا تعكس أية اعتبارات متعلقة بالأولويات سواء الخاصة بالاحتياجات أو الكفاءة، ولكنها تعكس بالأحرى توقعات بقية المهن الأخرى، والتفضيلات الخاصة لدى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين ...... ويبدو أن ما اقتضى ذلك هو اعتبارات المساهمة بقدر أكبر كثيرا فى «الأهــداف، والتركيز الأكثر على ندرة الموارد، وتقــديم رؤية عامة لقدر من النجاح المتواضع على الأقل. (Hawks, 1981 : 21)

ويؤرخ هذا الذى كتب فى عام ١٩٨١ لأغلب التغيرات الجوهرية ، التى تم حصرها فى خدمات الصحة الوطنية. وبالتالى فيحتمل أنه صحيح اليوم أيضاً، كما كان صحيحاً منذ عشر سنوات، فى مجال علم نفس الراشدين على وجه الخصوص ، ولا يعنى ذلك القول بأنه لم تحدث تغيرات، أو أنه لا يوجد الكثير من الأمثلة على الممارسة الجيدة ، التى تقدم الابتكارات والطرق المفيدة لتوفير خدمات فعالة. و على الرغم من ذلك يبدو أن المهنة لم تحدث بعد تكاملاً بين التغيرات فى جوهر نماذجها للعمل ومهارات ممارساتها. وينازع بقية هذا الفصل فى أن هناك عوائق كبيره أمام إعادة البناء هذه، والتى ستظل محبطة لمحاولات التنقيح الجذرية لوظيفة علم نفس الكبار الأكلينيكى ، حتي يمكن ايجاد حلول لها. ومن الضرورى العودة لمحكى المهنة لكى يمكن فحص هذا الأمر.

جوهر الخبرة - الحاجة للتوسع والعمق

يشير هوكس Hawks (1981) فى الاقتباس السابق إلى الطريقة التى تشكلت بها الممارسات النفسية الأكلينيكية ، من حيث قيامها على تقديم الخدمة بأسلوب واحد - إلى - واحد العلاجى. وكان هذا هو التقليد الأكبر فى العمل فى مجال الصحة العقلية للراشدين ، أكثر منه فى أى مجال آخر، مثل صعوبات التعلم أو حتى العمل مع الأطفال ، وهو مجال يعمل فيه الأخصائيون النفسيون بشكل غير مباشر، لأسباب عديدة، مع مقدمى الرعاية. وفى دراسة مسحية لكل أعضاء جمعية علم النفس الأكلينيكى البريطانية (يفترض أنهم من كل التخصصات) وجد نوركروس وزملاؤه Norcross et al. (1992) أن ٦ فى المئة فقط من الأخصائيين النفسيين ، لديهم توجهات غير فردية بصورة واضحة (أسرة/نظم)، يمكن بالإضافة إلى ذلك - وباستخدام الارقام التى قدموها - أن تصل النسبة إلى ٢٦ فى المئة عند حساب الأخصائيين النفسيين ، الذين يتعاملون مع المجموعات والازواج والعلاج الأسرى، وذلك مقابل ٧٤ فى المئة يعملون فى العلاج الفردى.

وهناك عدد من الجذور لمثل هذا الوضع : الأول أنه يعبر عن النموذج الذى سبق وصفه، فى علاقته بالطب الغربى ككل حتى وقت قريب، وببقية المهن فى مجال الخدمات الصحية على وجه العموم، وقد تبنى علم النفس الأكلينيكى المنحي العلاجى الفردى ، بمعنى مساعدة العميل على تغيير معتقداته وسلوكه المضطربين ، و الثانى، أن هناك دلائل على أن علم النفس يرتبط بالمسلمات الحضارية للمجتمع المعين ويعكسها. فنماذج العلاج شائعة الاستخدام فى الحضارة الغربية ، تميل إلى التركيز على حاجات الفرد، وتحقيقه لذاته، وحقه فى استخدام خبراته بطريقته الخاصة ، وأن يكتشف المعانى الخاصة به من خلال كل ذلك. ويذكر هو Ho (1985) أن هناك أسساً أيديولوجية تقف خلف علم النفس الأكلينيكى فى الغرب يمكن تتبعها، جزئياً على الأقل ، من حيث تكريسها للفردية. وقد تتناقض الاعتبارات الغربية مع العلاج الفردى فى اليابان، وحيث الهدف مختلف تماماً : وهو التقليل من قدر الأنا، والتضخيم من قدر الآخرين فى المحل الأول، وأن الاداء الفعال لا يكون من خلال الارتقاء الذاتى، بل من خلال الحفاظ على العلاقات المتناغمة التى تقوم على قبول التزامات الآخرين (Non and Lewis, 1992) الثالث : منطلق آخر مستمد من

الجذور التاريخية لعلم النفس ، وحيث يرسم بيلجرم و تريشر Pilgrim and Treacher خريطة التطور فى علم النفس ويحددان سيطرة الفلسفة الامبيريقية (١) والتى تضع المنهجية فى المكان الأول ، وأسبق من النظرية، وبما يؤدى إلى النفور من بناء النظم النظرية (Pilgrim and Treacher, 1992 : 32 - 33) ويلقون الضوء بعد ذلك فى كتابهم على الطريقة ، التى أثر بها علم النفس التجريبى بعمق فى تطور المهنة، أكثر مما أثر فى مجالات أخرى مثل علم النفس الاجتماعى، وهو الأمر الذي ربما يكون قد أدى إلى نوع مختلف من علماء النفس الأكلينيكيين (ibid. : 130).

وحقيقة الأمر هى أن أغلبية المتدربين يدخلون التدريب فى علم النفس الأكلينيكى ، ويخرجون مزودين بدافعية للعمل مع المرضى الأفراد، ويحصلون على الدعم بوصفهم أخصائيين أكلينيكيين من خلال القيام بمثل هذا العمل. و على الرغم من ذلك، فإن المأزق هو الآتى : ما أن تتأسس الخبرة الأكلينيكية، حتى يصبح من الواضح أنه من غير الممكن الوصول إلى العدد من العملاء ، الذين يمكن أن يستفيدوا من العلاج الفردى. وكما تبين هوكس (1981) Hawks فإن الممارسين الأفراد يستجيبون أما بالإنكار أو بالإفراط فى التبسيط، أو الهرب من المهنة. ويعني التفوق الشديد لنموذج العمل الفردى، أنه من المحتم أن اشكال العلاج الأخرى تبدو بمثابة الاختيار الثانى؛ فإذا لم يتمكن المرء من شفاء المريض، فعليه أن يتحكم فى أعراضه أو سلوكه، أو يحسن من مستوى حياته. ويفحص جون هول John Hall فى مقدمة مقاله نحو علم نفس للرعاية ، (Hall, 1990) الأسباب التى تجعل لماذا يتعين على علماء النفس أن يطوروا اتجاهات نفسية للرعاية. ويحدد عدداً من العوامل ، فعلى سبيل المثال قد لا ينجح العلاج الإيجابى أو التدخل، وهو الأمر الذى يمثل انشغالاً قد لا يكون ملائما مع العلاج ، والبديل المقترح لذلك نموذج تحسينى أو تأهيلى يركز على خفض اثار الأعراض بدلا من محاولة علاجها مباشرة (Miller et al. 1987)

وعلى الرغم من ذلك، فالنماذج المتكاملة، والتى يمكن أن تجمع بين الظاهرة النفسية الداخلية لدى الفرد مع نظامه الاجتماعى مازالت فى مراحلها الأولى. وتميل قابليتها للتطبيق مع العملاء الراشدين، على وجه الخصوص، لأن تكون إما عندما يفشل كل شئ آخر، أو بطريقة مجزئة. وهذا صحيح على وجه الخصوص ، إذا ما وضع المرء فى اعتباره الطريقة التى ينظر بها إلى العمل فى العلاج الأسرى/النظامى: وهو محور التدخل فى خدمات الطفولة، وفى العمل مع الراشدين المسنين، وفى التأهيل ، وحيث يكون لها دور واضح. وعادة ما تكون غير معتادة فى العمل النفسى مع الراشدين الأسوياء ، وهناك ميل لاستخدامها مع العملاء ممن يبدو أن العمل الفردى معهم لا يحتمل أن يكون فعالاً ، أو مع الذين يكون قد فشل معهم.

ويبدو من غير المحتمل أن تحل الصراعات والمآزق التى سبق تحديدها ، مالم تُتحدى فكرة تفوق العمل مع العميل الفرد، لأعلى مستوى الممارس فقط - والذى يعترف تمامًا أنها غير ممكنة - بل على المستوى النظرى أيضًا، وبهذا يكون لدى الأخصائيون النفسيون الذين يعملون فى مجال الراشدين بديل مُرض يساعدهم على إصدار أحكام عقلانية حول أكثر الأساليب ملاءمة لتقديم الخدمة.

وبالنظر فى الافكار التى قدمت فى السياقات المختلفة، يمكن تبين أن هناك خطوطًا مشتركة. ويكتب بيرى Parry (199، نقلاً عن، بيلجرم وتريشر : أن قوتنا التى يتعين أن نمارسها، هى اننا مميزين،لأننا نقوم بدمج معلومات تخص مجموعه كبيرة من العملاء، بمعلومات حول المهارات الأكلينيكية،

(1) Empiricism.

مع معلومات حول النظريات النفسية، بينما قد يكون المهنيون الآخرون ماهرين فى واحد فقط من مثل هذه المجالات الثلاثة. ولكن الأخصائيين الأكلينيكيين وحدهم هم القادرون على دمج الثلاثة معًا (Pilgrim and Treacher, 1992 : 159) وتذكر نشرة قسم علم النفس الأكلينيكى فى جمعية علم النفس البريطانية المعنونة الهدف المحورى وفلسفة المهنة الآتى :

هناك ما يغرى فى ذلك المجال الواسع من النظريات والمناحى التى تعكس الطبيعة متعددة الابعاد للخبرة الإنسانية والتأثيرات عليها؛ فهى تتضمن على سبيل المثال المعرفة النفسية بطريقة تفاعل العوامل البيولوجية والعلاقات والجماعات، والمنظمات والمجتمع ، والتى قد تسبب القلق أو تعزز الرضا الشخصى (BPS.DCP, 1992) ، ويبدو أن وصفهم لمجال العمل يشير إلى ضرورة أن تكون هناك مجموعة محدودة من العملاء ، الذين يطلبون تدخلاً تفصيليًا ومتعمقًا من أخصائى نفسى أكلينيكى ، بينما يطلب الآخرون أخصائيًا نفسيًا للتخطيط ومساندة الآخرين فى استخدام الأساليب النفسية.

و لتلخيص ذلك، يبدو أنه لكى يكون أداءك فعالاً ومتسماً بالكفاءة فى مجال الخدمات الصحية فى التسعينيات - والأهم من ذلك حقيقة - أن يكون لديهم إحساس بالفخر والرضا بمعانى وقيم ، يتعين على الأخصائيين النفسيين الذين يعملون فى تخصص الراشدين أن يعكسوا أولوياتهم ، بدلاً من المحافظة على جوهر هويتهم كأخصائيين أكلينيكيين يعملون مع العميل الفرد ، ثم ينتقلون بعيدا عن هذا النموذج فى مواجهة واقعية إلى مكان العمل. هم فى حاجة لبدء العمل مع النموذج الجمعى - كما أن جوهر مهارتهم وهويتهم هى ، من خلال سعة معلوماتهم النظرية، وتطبيقات علم النفس وعلى أساس هذا النموذج يمكنهم أن يحددوا هذه المجموعات المعينة من العملاء التى تحتاج من الأخصائى النفسى الأكلينيكى اهتمامًا فرديا لتسكين كدرهم وإعاقاتهم.

ولمثل هذا التحول فى الاتجاه دلالته المهمة على كل من التدريب والمهارات الأكلينيكية، والمفاهيم الأكلينيكية المتعلقة ببرامج الدراسة المطلوبة لدعم مثل هذا العمل. ويمكن التساؤل هنا، كما فعل تقرير تنظيم الخدمات الاستشارية، حول ما إذا كان المرء يستطيع تدريب الأخصائيين النفسيين مباشرة على المستوى الثالث من العمل، أم أن ذلك يأتى من خلال التقدم مباشرة فى الأدوار الأكلينيكية. ويجب، على الرغم من ذلك، تكييف التدريب فى الاتجاه نحو زيادة التأكيد على المبادئ الأولية، والنظرية التى يقوم عليها التدريب الأكلينيكى. وستكون هناك حاجة لتوجيه قدر أكبر من التركيز على المنهج ، أو على تطبيق مثل هذه المبادى. ويجب أن يركز التدريب الأكلينيكى بقدر أقل على مهارات واحد - إلى - واحد، وأن يوازن بينها وبين التدريب على العمل مع المجموعات. كما يجب أن يحظى العمل النظامى والعمل مع الأسرة، والتدريس والتدريب على المهارات بقدر أكبر من الأهمية.

ووفق أكثر من وجهة نظر. فإن ما سبق وصفه هو بمثابة مجرد تحول فى المنظور ويتعين الشروع فى تأسيسه؛ وعلى الرغم من ذلك، فسيفحص القسم التالى الحدود المحتملة لمثل هذا التحول، وينظر فى أى المناهج هى المتاحة للمساعدة فى اختيار الاولويات.

الأخلاقيات والقيم - الحاجة للمراجعة والتوسع.

المواثيق الأخلاقية

أحد الابعاد المحورية لأى مهنة ، هو أنها تضع معاييرها الخاصة بالسلوك المهنى وتراقبها؛ وبالنسبة لأغلب المهن يتلخص ذلك فى صورة ميثاق أخلاقى(١)، أو معايير للسلوك(٢)، يمكن استخدامه بغرض التعامل مع السلوك الذى يتنافى مع المهنة، أو الممارسات غير السليمة، سواء فى صلتها المباشرة بالعاملين فى المهنة أو غير المباشرة. وقد وضعت الجمعية البريطانية لعلم النفس ميثاقاً للسلوك للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين ، كجزء من العقد الملكى (٣) ، يستخدم فيما يتعلق بالإجراءات التنظيمية.

ويتفق ميثاق السلوك للأخصائيين النفسيين مع أغلب المواثيق والمؤشرات المشابهة ، فى تركيزه أساسًا على علاقات الأخصائى النفسى الأكلينيكى ، وسلوكه مع العميل الفرد، متعاملاً فى ذلك مع قضايا الثقة والرضا وغيرها.

وتستمد أسس هذه المواثيق - كما ذُكر فى المقدمة - من التقاليد الخاصة بالمهن المبكرة ، التى تعمل مستقلة، وبالتالى تكون علاقة المهنى مع العميل مباشرة؛ ويستطيع العميل، بوصفه شخصاً حراً، أن يلجأ إلى أى مهنى يختاره؛ وقد صممت المواثيق لحماية العملاء ، بمجرد طلبهم للخدمة المهنية ، من الاستغلال أو سوء التصرف فى أمورهم ، وتلاقى مثل هذه المواثيق الترحيب، ومازالت تشكل أساس العمل مع كل عميل ، وهى ترسم المؤشرات ، التى يتعين أن يستخدمها المهنيون فى أحكامهم الأكلينيكية ؛ بهدف تخطيط العلاج السليم للعميل الفرد. وأساس العمل مع العميل هو الإخلاص له، وتوثق المؤشرات الأخلاقية ذلك ، ومن واجب الأخصائيين النفسيين أن يقدموا أفضل خدمة ممكنة للعميل (الواجبات نحو المستفيد Hare,1991) . و على الرغم من ذلك هناك حاجة للتساؤل حول : من العميل؟ هل هم أولئك الناس الذين يُقابلون ويعالجون؟، أم هم أيضًا أولئك الناس الذين يجب أن يحالوا إلى الأخصائى الاكلينيكى؟ أو يجب ألا يحالوا؟ بناءً على قرار من الطبيب النفسى مثلاً ، أم أن الأمر أوسع من ذلك بحيث يشمل أولئك الأشخاص فى الجمهور العام ، الذين قد يستفيدون بطريقة ما مباشرة أو غير مباشرة من عمل الأخصائى النفسى الأكلينيكى؟. وجوهر ما يقال هو أن الأخصائيين النفسيين بالمشاركة مع الكثير من أصحاب المهن الأخرى يحتاجون للاعتراف أنهم دائمًا ما يتخذون قرارات غير معلنة ، تتعلق بتوزيع الموارد من خلال حياتهم اليومية؛ و على الرغم من ذلك، فإنه يحدث بصورة ضمنية وحدسية، وبالتالى فلا يمكن تحديده كلية فى حد ذاته. ويقررنيومان وهوارد Newman and Howard (1986) أن أكثر الخرافات المسيطرة فى المجتمع الاكلينيكى هى أن التكلفة هى أساس العمل ، وليس الانشغال الاكلينيكى، ويرى هام Ham (1993) ذلك باعتباره سمة فى الكثير من المهن فى مجال الخدمات الصحية ، على الرغم من تركيزه أساسًا على مهنة الطب ؛ من حيث دورها الرئيسى فى استخدام الموارد فى ميدان الخدمات الصحية. وقد أصبح الأطباء خلال الثمانينيات والتسعينيات تحت ضغط متزايد للمشاركة فى توزيع الموارد الرسمية ، من خلال وضعهم فى مناصب مثل المديرين الأكلينيكين وقد تقمص بعضهم هذه الأدوار الجديدة بحماس، وشعر بعضهم أن ذلك بمثابة خيانة أساسية للدور الأكلينيكى ، ولدورهم فى الدفاع عن مصالح عملائهم ، دون أن تعوقهم الإشارة إلى الموارد المتاحة.

(1) Ethical code.
(2) Code of conduct.
(3) Royal chart.

ويرى ريتشارد هار Richard Hare (1991) فى ملخص مفيد للأسس الفلسفية للمعايير الأخلاقية فى صلتها بالطب النفسى، أنه لا يوجد عدم توافق بين المنحيين، وهو يفرق بين الاراء المطلقة والآراء العملية؛ فالاعتبارات المطلقة تميل لرؤية الأمور بمفاهيم مطلقة مركزة على الحقوق والواجبات ؛ والتى ينظر اليها على أنها لا تتبدل ولا تقبل الحلول الوسط.، والموقف العملى هو موقف ، يمكن اتخاذ القرارات فيه على أساس أفضل المصالح لأولئك ، الذين يتأثرون بهذه القرارات.

ويستحق المريض الذى يتلقى علاجه اهتمامًا خاصًا بمقتضى الالتزام المطلق نحوه ، وقد يجد الأخصائى الأكلينيكى صعوبة فى عدم تقديم العلاج الفعال ، الذى يحتاجه المريض بالفعل، وقد يستفيد به، أو أن يقدمه له بقدر محدود. والمنحي العملى قد يكون مهتمًا بأفضل المصالح لكل من هذا العميل والعملاء الآخرين المحتملين ، الذين قد يستفيدون أيضًا من العلاج ويوازن بينهما لاتخاذ قرار نهائى. والمحور الأساسى فى القرارات اليومية الاخلاقية ، التى يتخذها الأخصائى الأكلينيكى ، فى ضوء مبادئه وواجباته ذات الأولية ، تدخل فى نطاق المستوى الإطلاقى الحدسى ، ولهذا المستوى تطبيقاته العظيمة فى تيسير العمل الذى يتعين القيام به، والمنحى العملى مطلوب عندما يكون هناك صراع (حول كيفية التصرف فى قائمة انتظار على سبيل المثال) أو عندما تكون الأحكام الحدسية ذاتها هى التى تقيم (أثناء إجراءات الفحص الأكلينيكى لتقرير أفضل العلاجات ، وأكثرها تأثيراً وفعالية على سبيل المثال). ويتطلب الأمر عمل ومهارات إضافية حتى يمكن الدمج بين مثل هذه القضايا فى الممارسة النفسية. وقد تحقق بعض من هذا العمل من خلال المبادرات الكيفية ، التى تطورت على امتداد البلاد. وقد أدى توضيح محكات الإحالة، وتطوير معايير الجودة، وتكوين نظم معلومات فعالة إلى إرساء أسس المراجعة الأكلينيكية. ويستلزم كل هذا العمل صياغة القيم الأساسية ومعايير العمل النفسى، ووجود بيانات واضحة حول أولويات الخدمة، ومجال الخدمات التى تقدم. وتظل هذه الإجراءات متاحة لإمكانات المراقبة الداخلية والخارجية . ومن الأمور المهمة بالنسبة للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين – على وجه الخصوص، أن تُعرف خدماتهم جيداً، بشكل كفء وفعال، وتكلفتها المناسبة. وقد سبق الإشارة إلى ذلك جزئياً فى البداية ؛ لأن هناك غموضًا وتداخلاً بين مهارات الأخصائى النفسى الأكلينيكى ، وبقية من يقومون باجراءات علاجية مشابهة. وربما يكون لهذا الأمر أولويه مطلقه ، طالما تحسب الكلفة بعناية أكبر. فقد يبدو الأخصائى النفسى الأكلينيكى مكُلفاً بصورة متطرفة، مقارنة بالجماعات الأخرى، ومن المهم بالنسبة للمهنة توضيح أن خدماتها ليست مكلفة للغاية بوصفها خدمة عالية الجودة ، توازى ما ينفق فيها من مال.

وقد تم عمل جوهرى فى مجال نظم المعلومات، والتكلفة، والفحص الأكلينيكى لدى الإخصائيين النفسيين الأكلينيكيين. وقد أدمجت الجوانب الثلاثة جميعها معًا حتى مدى معين، فقد جمعت المعلومات لتحديد التكلفة ولتسهيل الفحص الدقيق للجوانب الكيفية من الخدمة، وهى الامور التي تكون جزءاً من قيمة النقود ..

نظم المعلومات

مازالت إحصاءات كورنر Körner تشكل أغلب المعلومات ، التى تم جمعها حول عمل الأخصائى النفسى الأكلينيكى، والتى تستكمل دوريًا من خلال المسوح المحلية. وأساسا، كان لهذه الإحصاءات هدفان: جمع معلومات حول النفقات، والسماح بتطوير مؤشرات الاداء (Pilling, 1991) . ولنظام كورنر للاخصائيين النفسيين الأكلينيكين جانبان : الجمع الروتينى للبيانات المتعلقة بالاتصال المباشر بالعميل بالنسبة للمرضى المسجلين، ومسح النشاط السنوى. مع مسح للنشاط المهنى. وقد وجه النقد للمقاييس

المستخدمة فى هذا النظام بوصفها غير دقيقة وفجة، غير أنه يبدو أن هناك احتمالاً أنها ستظل بمثابة الأساس للمعلومات على مدى المستقبل القصير على الأقل، حتى مع وجود قدر أكبر من المرونة على المستوى المحلى.

ولسوء الحظ، فقد تعرضت المقاييس المستخدمة فى هذا النظام إلى تحليل شديد الفجاجة على المستوى الأقليمى. وتقيس نماذج كورنر اليومية الإحالات الجديدة، والاتصالات المباشرة مع العميل، والتى يعرف الأخصائيون النفسيون أنها جانب واحد من جوانب العمل مع العميل، متجاهله بذلك كل مجالات الخدمات المهنية الأخرى.

وقد تقوم المناطق بتقسيم إجمالى لتكلفة الخدمة الشاملة (دون حساب بقية الأنشطة)، ومن خلال عدد الحالات الجديدة فى العام (دون حساب التداخل بين العمل مع عميل على مدى قصير وآخر على مدى طويل. إلخ) ، والذى يسهل حساب الخدمات النفسية الأكلينيكية ، بوصفها مكلفة (Kat, 1993)

ويصف بيلنج وزملاؤه (1990) .Pilling et al نظاماً معلوماتياً لقياس حجم العمل ، يعتمد على الحد الأدنى من مجموعة بيانات كورنر، طور أساساً للسماح بتقديرات صحيحة للخدمات، كما يسمح أيضًا بمقارنة الأنشطة بين الإدارات وداخلها، أى بين الأخصائيين داخل الإدارة الواحدة على سبيل المثال. والخصائص الرئيسية فى هذا النظام ، هى أنه : أولا، يغطى كل مجالات النشاط التى يعمل فيها الأخصائيون النفسيون ، بما فى ذلك العمل غير المباشر مع العميل ، والتخطيط للخدمات وادارتها، والتعليم والإشراف ، والبحث والتطوير. ثانياً وضعت طرق لقياس الأنشطة الإدارية. ثالثًا تم بذل جهد جوهرى لتطوير تعريفات ثابتة وصادقة لكل هذه المقاييس، وبهذا يكون النظام قوياً بالقدر الكافى ، ليعمل فى مجال واسع من المواقف.

وقد طور هذا النظام أساسًا، كما سبق الإشارة، لإستحداث طريقة لتحديد تكلفة وحدات علم النفس. ويصف كات (1993) Kat مثالا لاستخدام النظام ، يوفر حساب التكلفة الصحيحة للعقود القائمة مع مشترى الخدمة ، ويحدد هذا المثال خمسة أنواع من الخدمات : العمل المباشر مع العميل، الاستشارات والعمل مع الفريق ومع مقدمى الرعاية فى مشروع، التدريس، التدريب والإشراف على غير الأخصائيين النفسيين، والاستشارات التنظيمية والبحوث.

ويمكن عد بقية الأنشطة باعتبارها أنشطة مساندة أو إدارية . كالسفر أو تدريب الأخصائيين على سبيل المثال ، والذى يوزع على الفئات الخمسة بنسبة مقدار الوقت الذى أنفق فى كل منها. ويسمح هذا النظام بإنشاء نوعين من وحدات التكلفة - التكلفة لكل مريض عن العمل المباشر مع العميل، والتكلفة لكل وحده زمنية (عن الساعة أو الجلسة) بالنسبة للفئات، والتكلفة لكل وحدة زمنيه (عن الساعة أو عن الجلسة)، بالنسبة للفئات الأربعة الأخرى ، ويمكن على الفور إدراك قيمة هذا المنحي من حيث تمكينه للمشترين أن يختاروا بين خدمة ذات توجه أولى نحو العمل مباشرة مع العميل، والخدمة التى تغطى مجالاً واسعاً من الأنشطة غير المباشرة.

تقييم الأداء الأكلينيكى

يرتبط هذا التقييم بكل وضوح بالتحليل السابق، فتقييم الأداء الأكلينيكى جزء من عمليات تأكيد الجودة ، والتى رسخت الآن فى خدمات الصحة الوطنية فى المملكة المتحدة كوسيلة لتعزيز خدمات العملاء. ويتعلق تقييم الأداء الاكلينيكى بجودة الخدمات ، التى يقدمها الأخصائيون الأكلينيكيون، وهو

يغطى مجالين هما : كفاءة الخدمة واقتصادياتها، والقيمة النقدية لمكونات الخدمة. وهو يحاول التوجه إلى الجوانب البعيدة الأكثر تعقداً للكفاءة : هل تُؤَدى الخدمة حقيقة ما تدعى أنها تؤديه، أى هل الخدمة العلاجية فعالة فى خفض الكدر وتعزيز رفاهية عملائها ويتضمن إطار تقييم الاداء الأكلينيكى الذى اقترحته الإدارة الصحية لأربعة مهن علاجية ، بما فيها علم النفس الأكلينيكى أربعة أقسام ، بكل قسم منها أقسام فرعية (Berger, 1991) ، وتشمل هذه الأقسام الآتى :

– تقييم التدخلات المباشرة، والتى تغطى قضايا ، مثل : معايير التقييم، المعايير المهنية للتدخل، مراقبة النتائج وتحليل الفشل.

– فريق العمل، استخدام توصيف ملائم للوظائف، مراجعة الاداء، التوزيع الملائم لأفراد الفريق.

– الإدارة والخدمة، والتى تغطى مدى ملاءمة التسهيلات والأجهزة، والمعلومات المتعلقة بالخدمة، عدالة الوصول إلى الخدمة، و معايير الإحالات، فترة الانتظار، و إمساك السجلات. ويتضمن هذا القسم أيضاً الحاجة لمراقبة الاحتياجات ، التى لم تستوف للمجموع الكلى للعملاء.

– تقييم التدخلات غير المباشرة، والتى تتضمن وضع المعايير المهنية والكفاءة ومراقبة النتائج.

ويبدو على الرغم من ذلك أن هناك أساليب رسمية أكثر يتعين تطويرها ، بحيث يمكن تطبيقها مباشرة على الحاجة لتوفير ظروف ، تكون الخبرة الأكلينيكية المعينة فيها مناسبة على وجه الخصوص، وتسمح لكل من الأخصائيين النفسيين ومشتريً الخدمة بالاختيار بين عدة بدائل ، من خلال استخدام محكات منطقية ومعلومات موضوعية.

والمناحى الثلاثة التى يبدو من خلال المنظور المختلف الخاص بكل منها أنها تقدم بعض المساعدة فى مثل هذه المهام متاحة. و على الرغم من وجود تداخل واضح بينها، فسيتم الإشارة إليها منفصلة، ويبدو أن كل منحًا منها فى بداية المبكرة نسبيا فى هذه البلاد، بالنسبة لخدمات الصحة العقلية على وجه الخصوص.

١ – هناك تزايدا عام فى الاهتمام بتقييم الأساليب ، التى تربط البحوث مباشرة بالتحسن فى الرعاية الصحية العقلية، وكما تتلخص فى البحوث الحدثيه مثل ميلن Milne (1987) وبارى وواتس Parry and Watts (1989) ويقدم بارى Parry (1992) منهجية خاصة للربط بن بحوث العلاج النفسى ، وتقييم الاجراءات التى يبدو أنها متعلقة وقابلة للتطبيق على نطاق واسع ، ويتناول بارى الأبعاد الستة التى يمكن من خلالها تقدير كفاءة الخدمة (Maxwell, 1984) ، وهى : التعلق/الملاءمة ، العدالة، الوصول إلى الخدمة، والتقبل، والفعالية، والكفاءة. و هو يقوم بمراجعة التراث المتعلق بكل مجال من هذه المجالات. وقدمت هذه الممارسة تفصيلاً وتدعيماً لنوع القرارات الحدسية ، التى يصدرها الأخصائيون النفسيون ، عند تخطيط علاج على سبيل المثال، أو عند تحديد نوع العميل الذى يتلاءم معه تدخل علاجى معين، وعند البدء فى إيضاح الظروف ، التى يمكن أن يكون فيها علاج أكثر تخصصاً هو الملائم، مثال ذلك بالنسبة للمشكلات الأكثر حدة ، تكون العلاجات التحليلية النفسية فيها أكثر كلفة من أى علاجات أخرى (والعكس بالنسبة للمشكلات الأقل حدة).

ويقدم المقال عدداً من الأسئلة التى لايمكن تجنبها، ويقدم عدداً من المؤشرات المتعلقة بالفحوص المستقبلية، على الرغم من احتمال أن تكون محاولة القيام ببحث حول متطلبات التقييم ، الاكلينكي هى مما يقبل التطبيق فى مجالات أخرى أيضاً.

٢ - هناك البحوث التى تمت فى مجال اقتصاديات الصحة، وحيث اتجه التركيز إلى المقارنة بين تكاليف العلاج والعوامل الأخرى، مثل : الكفاءة والفعالية والفوائد التى تعود على العميل (Drummond, 1986; McGuire et al., 1988; Department of Health, 1992a) ، وهناك عدد من المشكلات فى تطبيق هذه الأساليب بالنسبة لأى موقف، ويرجع بعضها إلى المقاييس المستخدمة، مثال ذلك أن طرق تقييم تحديات الحياة، وجودة الفترة الباقية من العمر، تكون موضوعاً للتساؤل ، سواء فيما يخص فروضها أو ما يتعلق بالمنافع الحقيقة لتقييمها. وكيف يمكن القيام بتقديرها (moore, 1990). و على الرغم من إمكان إثارة التساؤلات حول المقاييس والمنهجية، فاستخدام هذه الإجراءات فى حد ذاته مفيد من جوانب متعددة، من حيث إنها تكشف للعيان الافتراضات المضمرة والقيم ،التى يعمل الناس بمقتضاها وما أن تصبح مكشوفة حتى يصبح فى الامكان مراجعتها.

ومن التطبيقات المفيدة لهذا المنحى فيما يتعلق بخدمات علم النفس الأكلينيكى ما عرضه روبسون وزملاؤه Robson et al. (1984) ، الذين تبينوا إمكان خفض فاتورة العقاقير النفسية جوهريا فى الممارسة العامة ، من خلال السماح للأخصائى النفسى الأكلينيكى بالمشاركة فى الموقف. وقد أوضح ليبرمان وزملاؤه Liberman et al. (1987) أيضا أن قيمة العلاج الأسرى تعد أقل كلفة بكثير من العلاج الفردى لمرضى الفصام.

ويستطيع المرء أن يرى بوضوح تطبيقات هذا المنحى ، من حيث سماحها بإيجاد حلول للأخصائى النفسى للمأزق الخاص بالعمل فى مجال الصحة العقلية للراشدين، الذى يتعلق بكيفية توضيح أن الخبرة المتخصصة والمكلفة للأخصائى النفسى الاكلينيكى أكثر فعالية ، مما يقدمه بقية المعالجين الأخرين، وفى أى موقف يكون ذلك.

٣ - ينبع المنحى الثالث من العمل فى سيكولوجية حل المشكلات واتخاذ القرار، والاستدلال، والذى طبق فى الاستدلال الأكلينيكى (Elstein and Bordage, 1991; chase, 1993). وقد طبقت هذه البحوث بداية فى السياق الطبى، إلا أن لها علاقة واضحة بمجال الصحة العقلية. ويسمح استخدام نماذج معالجة المعلومات بوصف عمليات الاستدلال ، من خلال تحليل الأفكار والخطوات التى تتخذ لحل المشكلات الأكلينيكية، ويربط ذلك بين العمليات والعناصر والمبادئ النفسية. ويمكن أن يؤدى فهم مثل هذه الأساليب إلى مساعدة الأخصائيين الأكلينيكيين على تحديد الأخطاء ، التى يقعون فيها خلال استدلالاتهم بتأثير خصائص ، مثل : الحد من العقلانية : وسوء تفسير المؤشرات، والتحيزات ألتى تبدو فى الفروض المبكرة، والإفراط فى التأكيد على النتائج الإيجابية وغيرها.

وبينما قد يقتصر ذلك على أشياء أخرى لا تتعلق بالممارسات الأكلينيكية اليومية، إلا أن المرء يستطيع أن يتبين قيمتها بوصفها ممارسة لتحديد الأخطاء والمساعدة على عمليات تفكير أكثر موضوعية. ولنأخذ مثالاً محدداً، سيكون من الرائع تتبع أخطاء الاستدلال التى قد يقع فيها الأخصائى الأكلينيكى عندما يتعامل مع عميل من أقلية عرقية، وتحديد الطريقة المعينة التى يحدث بها التمييز خلال العمليات الأكلينيكية.

وقد هدف هذا القسم لأن يقدم باختصار بعض التطورات المنهجية ، التى تفتح الطريق أمام إمكانات الأخصائيين النفسيين الأكلينيكين بقدر كبير من العمق، وبقدر كبير من التحدد فى العمليات ، التى يستخدمونها خلال ممارساتهم الأكلينيكية. وسيكون ذلك مفيداً فى تقييم التعريف الخاص بالخبرات، التى يتميز بها الأخصائيون النفسيون فى مجال الخدمات الصحية، والتى تساعدهم بالتالى على توضيح

المكونات النوعية لعملهم، وبالتالى القيام باختيارات منطقية لتوفير الخدمة، تقوم على محكات أكثر موضوعية تتعلق بالجمهور العام.

خلاصة

بدأ هذا الفصل بتعريف للمهنة فى حد ذاتها ، وانتهى لا بتعريف بمعنى تعريف، بل بتحول فى التأكيدات من الاستبطان والمراقبة الذاتية إلى علم نفس أكلينيكى ، فى سياق تنظيمى ، يتحمل مطالب متزايدة. وقد قدمت خطوط عريضة لعدد من المجالات ، التى تتطلب الاستكشاف فى المستوى المفهومى، وعدد من المهارات والمناهج ، التى تحتاج المهنة ، إلى تبينها؛ لكى تواجه التسعينيات وما بعدها بثقة وباحساس واضح بالهوية داخليًا، وفى صورتها أمام العالم الخارجى معًا.

References

Alladin, W. (1986) 'Ethnic minorities and clinical psychology: an inside view of clinical psychology', *Clinical Psychology Forum* 5: 28–31.

Barkham, M. and Shapiro, M. (1989) 'Towards resolving the problem of waiting-lists: psychotherapy in two-plus-one sessions', *Clinical Psychology Forum* 23: 15–18

Bender, M. (1976) *Community Psychology*, London: Methuen.

Bennet, P. and Wright, S. (1992) 'Health psychology: discipline or profession?' *Clinical Psychology Forum* 40: 39–40

Berger, M. (1991) 'A framework for audit in clinical psychology', *Clinical Psychology Forum* 35: 42–4.

BPS (1992) *Response to 'The Health of the Nation'*, Leicester: BPS.

BPS/DCP (1992) *Core Purpose and Philosophy of the Profession*, Leicester: BPS/DCP.

Cahill, C., Llewelyn, S. P. and Pearson, C. (1991) 'Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 1–12

Chase, J. (1993) 'Clinical decision making', in Powell *et al.* (1993) *Curriculum in Clinical Psychology*, Leicester: BPS/DCP.

Clinical Psychology Forum 22 (1989).

Department of Health (1989) *Education and Training: Working Paper 10, Cmnd 555*, London: Department of Health.

Department of Health (1990) *Manpower Planning Advisory Group: Clinical Psychology Project. Full Report*, London: Department of Health.

Department of Health (1992a) *Assessing the Effects of Health Technologies. Principles, Practice, Proposals'*, London: Department of Health.

Department of Health (1992b) 'The extension of the hospital and community health services elements of the GP fundholding scheme from 1 April 1993 – Supplementary guidance', *HSG* (92): 53, London: Department of Health.

Department of Health (1992c) *The Health of the Nation*, London: Department of Health.

Division News (1993) 'Report on D.C.P. survey of waiting list times in N.H.S clinical psychology services: 1992', *Clinical Psychology Forum* 53: 39–42.

Drummond, M. F. (1986) *Principles of Economic Appraisal in Healthcare*, New York: Oxford University Press.

Dyer, A. (1991) 'Psychiatry as a profession', in S. Bloch and P. Chodoff (eds) *Psychiatric Ethics, 2nd edn*, New York: Oxford University Press.

Elstein, A. S. and Bordage, G. (1991) 'Psychology of clinical reasoning', in J. Dowie and A. Elstein (eds) *Professional Judgement: A Reader in Clinical Decision Making*, Cambridge: Cambridge University Press.

Goodwin, A. and Power, R. (1986) 'Clinical psychology services for minority ethnic groups', *Clinical Psychology Forum* 5: 24–8

Hall, J. (1990) 'Towards a psychology of caring', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 129–44.

Ham, C. (1993) *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the N.H.S., 2nd edn*, Hong Kong: Macmillan.

Hare, R. (1991) 'The philosophical basis of psychiatric ethics', in S. Block and P. Chodoff (eds) *Psychiatric Ethics, 2nd edn*, New York: Oxford University Press.

Hawks, D. (1981) 'The dilemma of clinical practice – surviving as a clinical psychologist', in I. McPherson and A. Sutton (eds) *Reconstructing Psychological Practice* London: Croom Hall.

Ho, D. Y. F. (1985) 'Cultural values and professional issues in clinical psychology', *American Psychologist* 40: 1212–18.

Kat, B. (1991) *Models of Service in Clinical Psychology*, Leicester: BPS.
Kat, B. (1993) *GP Fundholding: News, and the Next Steps*, Leicester: BPS/DCP.
Klein, R. (1983) *The Politics of the National Health Service*, New York: Longman.
Liberman, R. P., Cardin, V., McGill, C.W., Falloon, I. and Evans C.D. (1987) 'Behavioural family management of schizophrenia: clinical outcome and costs', *Psychiatric Annals* 17: 610–19.
Littlewood, R. (1990) 'From categories to contexts: a decade of the "new cross-culture psychiatry"', *British Journal of Psychiatry* 156: 308–27.
McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (1988) *The Economics of Health Care – An Introductory Text*, New York: Routledge & Kegan Paul.
McPherson, I. and Sutton, A. (1981) *Reconstructing Psychological Practice*, London: Croom Helm.
Management Advisory Services (1989) *National Review of Clinical Psychology Services*, Cheltenham: M.A.S.
Manpower Planning and Advisory Group (1990) *Clinical Psychology Report*, London: Department of Health.
Maxwell, R. J. (1984) 'Quality assessment in health', *British Medical Journal* 288: 1470–2.
Miller, D. and Brown, B. (1988) 'Developing the role of clinical psychology in the context of AIDS', *The Psychologist* 2: 63–5.
Miller, E., Morley, S. and Shepherd, G. (1987) 'The trouble with treatment', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 241–2.
Milne, D. (ed.) (1987) *Evaluating Mental Health Practice: Methods and Applications*, London: Croom Helm.
Moore, D. (1990) 'The limits of health care', in D. Evans (ed.) *Why Should We Care. Professional Studies in Health Care Ethics*, Hong Kong: Macmillan.
Newman, F. and Howard, K. (1986) 'Therapeutic effort, treatment outcome and national health policy', *American Psychologist* 41: 181–7.
Noon, J. M. and Lewis, J. R. (1992) 'Therapeutic strategies and outcomes: perspectives from different cultures', *British Journal of Medical Psychology* 65: 107–18.
Norcross, J., Brust, A. and Dryden, W. (1992) 'British clinical psychologists: I. A national survey of the BPS Clinical Division', *Clinical Psychology Forum* 40: 19–24
Parry, G. (1992) 'Improving psychotherapy services: applications of research, audit and evaluation', *British Journal of Clinical Psychology* 31: 3–20.
Parry, G. and Watts, F. (1989) *Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*, Hove and London: Laurence Erlbaum Associates.
Pilgrim, D. and Treacher, A. (1992) *Clinical Psychology Observed*, London: Routledge.
Pilling, S. (1991) 'Monitoring clinical activity: the workload measurement system', in M. Berger (ed.) *Aspects of Audit: Collecting and Using Clinical Information, Association for Child Psychology and Psychiatry: Occasional Papers* 4: 10–15.
Pilling, S., Spencer, C. and Oddy, M. (1990) 'Workload measurement systems for clinical psychology', Paper prepared for the Service Development Sub-Committee of the British Psychological Society.
Powell, G., Young, R. and Frosch, S. (1993) *Curriculum in Clinical Psychology*, Leicester: BPS/DCP.
Rack, P. (1991) *Race, Culture and Mental Disorder*, London: Routledge.
Richardson, A. (1992) 'Training courses and working paper 10', *Clinical Psychology Forum* 41: 32–36.
Robson, M. H., France, R. and Bland, M. (1984) 'Clinical psychologists in primary care: controlled clinical and economic evaluation', *British Medical Journal* 288 1805–8.
Seager, M. and Jacobson, R. (1993) 'Two-Plus-One: Misunderstood or Incomprehensible? A Reply to Davis *et al.*', *Clinical Psychology Forum* 52: 16–22.
Toren, N. (1972) *Social Work. The Case of a Semi-Profession*, London: Sage.
Trepka, C. and Marsh, C. (1990) 'Community health teams and the role security of clinical psychologists', *Clinical Psychology Forum* 26: 20–2.

Trethowan, W. H. (1977) *The Role of Psychologists in the Health Services*, London: Department of Health.

Watts, F. N. (1990) *The Efficacy of Clinical Applications of Psychology*, Cardiff: Shadowfax Publishing.

White, J. (1992) 'How to get round the waiting list? Using the local press and public lectures to publicise stress', *Clinical Psychology Forum* 42: 6–9.

Windt, P. Y., Appleby, P. C., Battin, M. P., Francis, L. P. and Landesman, B. M. (1991) *Ethical Issues in the Professions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ثبت المصطلحات

المقابل العربى	المصطلح الانحليزى
(A)	
عجز الكتابة	Agrophia
الأيدز	Aids
رسام هوائي	Air encephalogram (AEG)
عمه قرائي	Alexia
فقدان القدره علي الكلام	Alogia
صور متكافئة او متزامنة	Alternate or parallel forms
عتة من نمط الزايمر	Alzheimer - type dementia
الزايمر	ALzheimer
مرض الالزايمر	Alzheimer's Disease
تناقض وجداني	Ambivalence
فقدان القدرة الموسيقية	Amusia
لوزة	Amygdala
نويات لوزية	Amygaloid nucleus
جنس شرجي	Anal Sex
مصطلحات تشريحية	Anatomical terminology
تمدد الأوعية الدموية (الأنورسما)	Aneurysm
ذبحة صدرية	Angina
تصوير القلب	Angiography
المبعد	Abducens
تنفيس	Abreaction
لامعقولية	Absurdity
سوء إستخدام أو سوء معاملة	Abuse
القبول – الرضا	Accepetance- Contentment
إنجاز – إكمال	Achievement - Fulfilment
عمي الألوان	Achromatopsia
حبسة الذاكرة الصوتية	Acoustic - mnestic aphasia
حبسة التعرف الصوتي	Acoustico - gnostic aphasia
فعل	Action
مقارنات إكتوارية	Actuarial comparisons
حاد	Acute
أدمية	Adamism
وهن	Adynamia

aerobic	ايروبك
Aerobic conditioning	التشريط بالأيروبك
Affect	وجدان
Afferent fibres	ألياف عصبية موردة
Agnosia	عمه
Agnosic alexia	عمي الكلمات
Agoraphobia	خواف الأماكن المفتوحة
Agranular	غير حبيبي
Angiome	ورم وعائي دموي
Angular gyrus	تلفيفة ركنية
Angular gyrus syndrome	زملة التلفية الركنية
Anhedonia	فقدان مشاعر اللذة والالم
Anhedonia - asociality	فقدان القدرة علي السرور – اللا اجتماعية
Anomaly	غير معتاد
Anonymous Alcoholics (A A)	الكحولين مجهولي الأسماء
Anorexia nervosa	فقدان الشهية العصبى
Anorgasmia	عدم القدرة علي الوصول الي النشوه
Anosognosia	عدم ادراك المرض أو الأعتراف به
Antagonist	عقاقير مضادة
Anterior	أمامي
Anterior commisure	المقرنية الامامية
Anterograde amnesia	فقدان الذاكره اللاحق
Antioxidant	مضاد للأكسدة
Anxiety	قلق
Anxiety management	تدبر القلق
Anxiogenic	عنصر مسبب للقلق
Anxiogenic Substances	مواد مسببة للقلق
Aphasia	حبسة
Applied or progressive relaxation	استرخاء تطبيقي أو تدريجي
Apraxia	عمي الحركة
Arachnoid	الأم العنكبوتية
Arched Curve	منحني القنطرة
Archicortex	اللحاء البدائي
Army Alpha	الفا للجيش
Arousal and orgasm	الاثارة والاشباع
Arthritis	التهاب المفاصل

Assertiveness training	التدريب التوكيدي
Assertiveness	التوكيدية
Association	ترابط
Association Cortex	القشرة الترابطية
Astereognosis	فقدان اللمس
Asthme	الربو
Asymbolia for pain	عجز إدراك الألم
Ataxia	خلجه
Athetosis	التواء
Atrophy	ضمور لحائي
Attention Control	تحكم في الانتباه
Attribution training	تدريب علي الاعزاء
Attributions	اعزاءات
Atypical	لانمطي
Auditory	سمعي
Auditory agnosia	عمه سمعي
Autism	توحد
Autogenic	ذاتى المصدر
Autonomy	استقلال
Autonomy - Restrictiveness	استقلالية – تقييد
Autoagnosia	عمه اجزاء الجسم
Aversion	نفور أو تنفير
Aversive stimali	منبهات منفره
Avolition - apathy	لا اختيار – لا مبالاة

(B)

Bacterial enocarditis	التهاب الشغاف البكتيري
Body Language	لغة الجسد
Balint's Syndrome	زملة بالينت
Basal ganglia	عقد قاعدية
Base Rates	معدلات قاعدية
Baseline	خط اساس
Basilar Squeeze	ضغط قاعدي
Behaviour modification	تعديل السلوك
Behavioral self control	التحكم السلوكي الذاتي
Behavioural coding system (BCS)	نظام ترميزي سلوكي
Behavioural Rehearsal	برفات سلوكية
Behavioural self - rating checklist	قائمة تقديرات ذاتية للسلوك

Behavioural treatment	علاج سلوكي
Bell - and - pad	الوسادة والجرس
Benzodiazepines	مهدئات
Bladder	المثانة
Bibilio therapy	العلاج بالقراءة
Biceps	عضلة مؤخرة الفخذ
Bilateral temporal Lobectomy	الفص الصدغي الجانبي المزدوج
Bilateral hippocampal syndrome	زمله قرن أمون مزدوجه الجانبين
Bi - model	ذو قمتين
Bio feed back	عائد البيولوجي
bi - temporal syndrome	زمله الصدغ الثنائي
Bizzarreness	اغراب
Black box	مجهول
Blind study	دراسة معماه
Block design	تصميم الكعبات
Body mass Index	مؤشر كتلة الجسم
Brain injury	اصابه بالمخ
Brain stem	جذع المخ
Broca's aphasia	حبسة بروكا
Bronchitis	التهاب الشعاب المزمن
Bulimia nervosa	الشره العصبي
Bulimic anorexia	فقدان الشهية الشرهي
Bulimic type	النمط الشره

(C)

Caffeine	الكافايين
Care program approach	منحي برامج الرعايه
Carotid arteries	الشريان السباتي
Case management systems	نظم تدبر الحالة
Catatonia	فصام تخشبي
Catecholamine	الكاتيكولامين
Caudal	ذيلي
Caudate nucleus	النواه المذنبة
Counter productive	انتاجية مقابله أو معادلة
Centeral	مركزي
Centeral fissure	الشق المركزي
Cerebellum	المخيخ
Cerebo - Vascular accident (CVA)	حادث شرياني بالمخ

Cerebral aqueduct	القناه المخية
Cerebro - Spinal Fluid (C.S.F)	السائل المخي الشوكي
Cholesterol	الكولسترول
Chorea	تشنجات
Chronicity	إزمان
Cingulate area	منطقة حزامية
Cingulate cortex	اللحاء الطوقي أو الحزامي
Cingulate gyrus	التلفيفه الحزاميه
Cingulotomy	الاستئصال الحزامي
Cirrhosis of liver	تليف الكبد
Claustrophobia	خواف الاماكن المغلقة
Claustrum	الحاجز
Colour anomia	عمه الالوان الجزئي أو نسيان اسماء الالوان
Cluster analysis	تحليل التجمعات
Coercion	إكراه
Cognitive dissonance	تنافر معرفي
Cognitive impairment	العجز المعرفي
Colour agnosia	عمه الالوان
Colour imperception	عدم ادراك الالوان
Coma	غيبوبه
Community	مجتمع
Compensatory dysfunctions	اضطرابات تعويضية
Compensatory mechanisms	ميكانيزمات تعويضية
Competency	قدرة
Compulsive eating	أكل قهري
Concussion	ارتجاج
Conceptual frame work	اطار مفهومي
Conceptual unit	وحدة مفهومية
Conditioned withdrawal	انسحاب التشريطي
Conditioning principles	مباديء التشريط
Condom	عازل ذكري
Conduction aphasia	حبسة التوصيل
Confidant	موثوق به
Confrontaftion	مواجهة
Connectedness	ارتباط (باشخاص أخرين)
Consciousness	الوعي

Constructional apraxia	عمي تشكيلي
Contemplation	اعتزام
Content validity	صدق مضمون
Contingency Contracting	اتفاق تعاقدي
Contraception	موانع الحمل
Contracting strategies	إستراتيجيات التعاقد
Contralateral	طرف عكسي
Convergent validity	صدق تقريري
Coping with Depression	التغلب علي الإكتئاب
Computerised transaxial	الرسم بالأشعة المقطعية
Copy	نقل أو نسخ
Corpus Callosum	الجسم الجاسي
Corpus cavernosum	جسم ذو مسام
Corpus striatum	الجسم المخطط
Cortex	اللحاء
Cortical deafness	صمم لحائي
Cost - benefit analysis	تحليل التكلفة و المنفعة
Counter conditioning	التشريط العكسي
Course	مسار (المرض)
Covariation	تغاير مشترك
Covert Conditioning	التشريط المضمر
Covert sensitisation	حساسية مضمرة
Co response - cogntingent positive re-inforcement	التدعيم الايجابي للاستجابات منخفضة الاحتمالية
Craving	رغبة ملحة او اشتياق
Cross - Sectional	عرضي أو مستعرض
Cross - Sequential design	تصميم « عبر تتابعي»
Crystallised	مبلوره
Cue exposure	تعرض للهاديات
Cues	مؤشرات
Cuneus	شق
Cut - off points	نقاط قاطعه أو مميزه
Cytoarchitectonic	مناطق التكوين الخلوي

. (D)

Decentering	تمركز
Decision making	اتخاذ القرار
Decoding	تفسير الكلام

Degenerative disorsers	اضطرابات التدهور
Delusions	هذاءات
Dementia	عته
Dementia praecox	خبل مبكر
Dementing amnesia	فقدان الذاكره العتهي
Demyelinating diseases	امراض نخاعية
Denial	الانكار
Depression mood	مزاج اكتئابي
Depressive syndrome	زمله اكتئابية
Desensitisation	تسكين
Designing fluency	طلاقة عمل التصميمات
Deterioration Quatient	نسبة تدهور
Detoxification	إزالة أثر التسمم
Development	ارتقائي
Diastolic blood pressure	ضغط الدم الانقباضي
Diabetes	مرض السكر
Diagram	مؤشر بياني
Diagnostic and statistical manual III- R	الدليل التشخيصي و الإحصائي الثالث المعدل
Diaphramatic breathing	تنفس الحجاب الحاجز
Dietary choas syndrome	زملة التشوش الغذائي
Dietary restraint	قيود الحميه
Digit span	مدي الأرقام
Dilators	أجهزة التوسيع
Dimensional approach	منحي الأبعاد
Disassocative or hysterica amnesia	فقدان الذاكره التفككي أو الهستيري
Diseases affecting the basalganglia	الامراض المؤثرة في العقد القاعدية
Disrupted feedback	عائد مختل
Distorting mirrors	مرايا تشويهية
Distorting photographs	صور تشويهية
Divergent vaidity	صدق تمييزي
Doctor centred	تمركز الطبيب
Dominance	سياده
Dorsal	ظهري
Dorsmedial	ظهرية وسيطية
Dorsomedial nucleus	نواة ظهرية وسيطية
Distress	كدر
Downward arrow Technique	اسلوب البحث عن التفسيرات الزمنية

Drawing apaxia	عمه الرسم
Drug Counselling	ارشاد نفسي حول المخدرات
Dura matter	الام الجافية
Dyadic Focus	توجه ثنائي
Dynamic aphasia	حبسه دينامية
Dysarthria	عطب التلفظ
Dyspareunia	نقص القدرة علي الاستماع الجنسي
Dysphoric	مزاج قلق
Dysthymia	اكتئاب عصابي
Dysthymic disorder	اضطراب الاكتئاب العصابي

(E)

Early Maladaptive Schems (EMSs)	منظومات مبكره غير توافقية
Eating disorder examination	فحص اضطرابات الاكل
Ecological vaidity	الصدق البيئي
Efferent	مصدر
Efferent fibre	ليفه مصدرة
Ego - dystonic	مجافى للأنا
Ejeculatory problems	مشكلات القذف
Electic	انتقائي
Electrical aversion therapy	العلاج بالتنفير الكهربائي
Electrocephalogramme	رسم كهرباء المخ
Electro- Convlsive shock syndrome	زمله الصدمه الكهربائية
Electroconvulsive Therapy (ECT)	العلاج بالصدمات الكهربائية
Electroence phaography (EEG)	رسام المخ الكهربائي
Electrolyte	التحلل الكهربائي
Electromyogram (EMG)	جهاز تسجيل الجهد الكهربائي للعضله
Embolism	انسداد الاوعية الدموية
Emphysema	انتفاخ الرئة
Emotional e ating	أكل إنفعالى
Encapsutation	تكبيل أو قمع
Endogenous	كامن
Enzyme aldehyde dehydrogenase	انزيم الادليهيد اللا هيدروجين
Epileptic foci	بؤرات صرعية
Epithalamus	اعلي المهاد
Erection	إنتصاب
Etiology	أسباب المرضى
Euphoria	نشوه

Evoked potentials (EPS)	طاقة مستثاره
Excutive	تنفيذي
Exhibitionism	استعراضيه
Experiential	الخبره
Exploratory Therapy	العلاج الاستكشافي
Exposure	تعرض
Expressed emotions	انفعالات معبر عنها
Externality	مفهوم الخارجية
Eyelidmovement	حركة العين الرأسية

(F)

Face area	المنطقة الوجهية
Face validity	الصدق الظاهري
Facial	الوجهي
Factor analysis	التحليل العاملي
Factor Scores	درجات عاملية
Fading	تضاءل تدرجي
Family therapy	علاج اسري
Fear Thermometer	ترمومتر المخاوف
Fear - provoking Cues	مؤشرات اثاره الخوف
Fed up	نفاذ الخلق والزهق
Feed back	عائد
Feeling good	الشعور أنك علي مايرام
Fetishism	الفتشيه
Fibre	ليفه عصبيه
Finger agnosia	عمه الاصابع
Fitness	لياقة بدنية
Flatness of Affect	تسطح وجداني
Floading	غمر
Floor shift	ازاحة قاعدية
Flooring effect	تاثير اساسي
Fluid	خام
Forcent expiratory volume	قوة الزفير القهري
Fore brain	مقدمة المخ
Foreskin	غلفه الذكر
Fornix	القبو
Fornsic	شرعي
Forth Ventricle	البطين الرابع في المخ

Frontal	جبهي (أمامي)
Frontal amnesia	فقدان الذاكره الجبهية
Frontal apraxia	العمة الجبهية
Frontal granular cortex	اللحاء الجبهي الحبيبي
Frontal inujury	الجروح الجبهية
Frontal lobe	فص جبهي
Frontal lobes	فصوص جبهية
Frontal Type	نمط جبهي
Frontal pole	القطب الجبهي
Frotteurism	الاحتكاك
Function	وظيفه
Functional	وظيفي
Functional age	العمر الوظيفي
Functional analysis	التحليل الوظيفي
Functional performance record	سجل الاداء الوظيفي
Functional system	النظام الوظيفي
Fusiform gyrus	التلفيفه ذات الشكل المغزلي

(G)

Gall bladder	امراض المرارة
Gender identity disorder	اضطراب الهوية الجنسية
General checklists	القوائم العامه
Generalized anxiety	القلق المعمم أو التغلغل
Geniculostriate radiations	النظام الركبي المخطط
Geniculostriate System	الشع البصري عبر الالياف الركبية المهمازية
Gilles de La tourtte	زمله جيلزدي لاتورت
Globus pallidus	القشرة الدماغية الشاحبة
Glossophara	اللساني
Graded exposure	تعرض تدريجي
Graded exposure in imagination	تعرض تدريجي تخيلي
Graded retraining	اعادة التدريب التدريجي
Granular	حبيبي
Gray matter	المادة الرمادية
Grief therapy	علاج الحزن
Guided discovery	اكتشاف موجه
Guidlines	خطوط هاديه
Gyri	تلافيف
Gyrus	تلفيفه

(H)

Habituation	الاعتياد
Haematoma	تجمع دموي
Haemorrage	نزيف
Hallucinations	هلاوس
Halucinatory behavior	سلوك هلوسي
Hard ware	تصميمات هندسة الكمبيوتر
Harm reduction	خفض الأذي
Harm reduction programs	برامج خفض الضرر او الأذي
Head injury	اصابة بالرأس
Head - and body - rocking	اهتزازات الجسم والرأس
Health belief model	نموذج المعتقدات الصحية
Health psychoogy	الصحة النفسية
Health Service provision	خدمات الإمدادات الصحية
Hebephrenia	فصام طفلي
Hemianopia	عمه نصف المجال المتجانس
Hemiplegia	الشلل الجانبي
Hemisphere	النصف الكروي
Hepatitis	التهاب الكبد الوبائي
Herschl's gyrus	تلفيفه هيرشل
Hierarchy	متدرج
Hierarchy items.	بنود متدرجة
High risk situations	مواقف الخطر الشديد
Hippocampal commisure	قرن آمون
Hold	ثابتة
Hormone therapy	العلاج الهرموني
Hymen	غشاء البكاره
Hydrocephalus	استسقاء
Hypertension	توتر مفرط
Hypnosis	تنويم
Hypnotherapy	علاج بالتنويم
Hypnotic effect	تأثير تنويمي
Hypnotic medication	علاج تنويمي
Hypochondriasis	توهم المرض
Hypoglossal	تحت اللساني
Hyporcholesterolemia	توتر مفرط
Hypothalamus	المهاد الأدنى أو الهيبو ثلاموس

Hypothetical variable	متغير فرضي

(I)

Ideational apraxia	عمه تعبيرى
Idiographic	محكى
Idiomotorapraxia	عمه ذاتي
Idiopathic	ذاتى العلة
Illness behavior	سلوك المرض
Imagery recording	تسجيل تخيلي
Imaginal desensitisation	تسكين تخيلي
Impotence	عجز جنسي او عنه
Impulsivity	اندفاعية (قهرية)
In Vivo	فى الواقع أو الموقف الحى
Individual Couple Therapy	علاج فردي للزوجين
Individualized Measures	المقاييس ذات الطبيعة الفردية
Inertia	قصور ذاتي
Infarct	احتشاء (إنسداد)
Infectious diseases	أمراض معدية
Inferior	سفلي
Inferior longitudinal tract	مسار طولي أدني
Inoculation training	تدريب تطعيمي
Insomnia	الأرق
Insular cortex	زماه كورساكوف
Integration - segregation	تكامل اجتماعي -انعزال
Integrity promotion care	رعاية متكاملة
Intellectual functioning	أداء عقلي
Inter- observer agreement	الإتفاق بين الملاحظين
Inter- observers	بين الملاحظين
Intercom	جهاز توصيل صوتي خارجي المصدر
Interior parital Lobule	الفصيص الجداري الأدني
Intermediate mass of the thalamus	الكتلة الوسيطية للمهاد
Internal consistancey	اتساق داخلي
Interpersonal-psychotherapy	العلاج النفسي التفاعلي
Interval sampling	عينة زمنية
Intra-indvidual objectives	الأهداف الداخلية للفرد
Invivo desensitisation	تسكين حي
Ipsilateral	جانبي

Irrational beliefs	معتقدات غير منطقية
Irritablity	تهيج
Ischaemia	فقر الدم الموضعي
Ischaemic heart disease	قصور دموي قلبي

(J)

Jop finding Club	نادي الحصول علي وظيفه

(K)

Kegel exercise	تمرينات كيجيل
Key informants	الاخباريون الجوهريون
Korsakoff syndrome	زمله كورساكوف

(L)

Lateral	جانبي
Lateral geniculate nucleus	النويات الركبيه الظهرية المخططة
Lateral posterior thalamus	المهاد الجانبي الخلفي
Lateral temporal Cortex	اللحاء الطرفي الصدغي
Lateral ventricles	البطين الجانبي
Lateralisation of function	طرفيه الوظيفه
Lateral occipital gyrus	التلفيفه القذاليه السطحية
Laxatives	الملينات
Learned helplessness	فقدان الحيلة المتعلم
Lesion	تلف
Leucotmy or lobotomy	جراحة الماده البيضاء في الفص الجبهي
Level of arousal	مستوي الاستثاره
Life Satisfaction	رضا بالحياه
Limbic structutes	تكوينات حوفيه
Limbic system	النظام
Limits and standards	حدود ومعايير
Lingal gyrus	التلفيفه اللسانية
Lithium	الليثيوم
Lobe	فص
Lobule	فصيص
Localization of function	مواضع الوظائف
Longitudinal	طوليه (دراسه)
Long-term memory	الداكره طويلة الأمد أو الذاكره طويله المدي

(M)

Macro-skills	المهارات الكبري
Magnetic resonance	التصوير بالرنين المغنطيسي

Maintenance	الاستمرارية
Malleble	لينه
Management	تدبر
Manic-depressive	(هوس – اكتئابي)
Marcolepsy	الخدر النومي
Marital distress	كرب زواجي
Marriage Counseling	إرشاد زواجي
Masterbation	استمناء
Mechanical devices or aids	معينات ميكانيكية
Medial	وسيط أو فى الوسط
Medialview	مقطع وسيط
Meditation Techniques	اساليب تأمليه
Melokinetic apraxia	عمه موسيقي
Meninges	السحايا
Meningitis	التهاب سحائي
Menopausal	سن اليأس أو فترة إنتهاء الخصوبه للمرأة
Menstrual history	تاريخ الحيض
Mesial	الاوسط
Methadone	ميثادون
Metho-hexitone Sodium	املاح الميثو هيكستون
Micro-Skills	مهارات دقيقة
Mide Line	خط الوسط
Mileu therapy	العلاج البيئي
Mini-Mental state Examination	فحص مختصر للحالة العقلية
Minor tranqillisers	مهدئات خفيفة
Ministerial Marital Therapy	العلاج الزواجي لطرف واحد
Modeling	النمذجة
Modeling presentation	عرض لنموذج
Moderator Variable	متغير وسيط
Motivation	دافعية
Motivational interviewing	مقابله دافعية
Motivational milieu therapy (MMT)	بيئة علاجية دافعية
Motor Cortex	اللحاء الحركي
Motor Strip	شريحة حركية
Moving Lights	اسلوب الاضواء المتحركة
Multiple Sclerosis	التصلب المتعدد
Multivariate analysis of variance	تحليل التباين للتغاير

Mutual-support groups	مجموعات المسانده المتبادلة
Metabolism	الأيض

(N)

Neuron	خلية عصبيه
Negative Cognitive triad	الثلاثي المعرفي السلبي
Negativism	السلبية
Neocortex	القشره الجديده
Neoplasm	ورم
Normalize	تطبيع
Neuro-transmitter	الناقلات العصبية
Neuro-endocrine	عصبية هرمونية
Neuroleptic	مهدئات عصبية
Neurology	علم الاعصاب
Neuro psychological	نفس عصبي
Neuro psychological deficits	الأفات النفسية العصبية
Neuro psychological examination	الفحص النفسي العصبي
Neuro psychologists	علماء النفس العصبيين
Neuro psychology	علم النفس العصبي
Neurosensory Center Comprehensive examination foraphasia	الفحص الشامل للمركز العصبي الحسي للحبسه
Neurotic	عصابي
Neuro transmitter	موصل عصبي
Nocturnal bruxism	الضرس الليلي للاسنان
Nocturnal panic	الذعر الليلي
Nominal aphasia	حبسه اسميه
Non-directive group therapy	علاج جماعى غير موجه
Non-reversible	غير ارتدادية
Nystagmus	رأرأة

(O)

Obese eating style	نمط أكل البدين
Obesity	السمنة أو البدانة
Object agnosia	عمه الاشياء
Object relation Theory	نظرية العلاقة بالموضوع
Objest assembly	تجميع الاشياء
Obstructive Slep apnoea	اختناق النوم
Occipital	الخلفي (القذالي)
Occipita Lobes	الفصوص القذالية

Occipita pole	العمود القذالي
Oculomotor	حركة العين
Oeipal Stage	المرحلة الأوديبة
Olfactory	الشمي (الروائح)
Olfactory bulb	البصيلة الشمية
Operant conditioning	التشريط الاجرائي
Operant procedures	اجراءات التشريط الفعال
Operant Treatment	العلاج الفعال
Optic	البصري (المرئيات)
Opticchiasm	التصالب البصري
Optic nerve	العصب البصري
Optic tract	مسار بصري
Oral Sex	الجنس الفمي
Orbital	مدارية
Orbital leucotomy	جز المادة الرمادية
Organic dementia	عته عضوي
Organic impairment	عجز عضوي
Orgasm	هزه الجماع
Osteoarlhritis	التهاب عظام المفاصل
Over protection	حماية زائده
Over-dependance	اتكالية زائده
Overeating	نهم
Overt Compulsions	سلوك قهري صريح

(P)

Paedophilia	عشق الاطفال
Pain	الألم
Panic attacks	نوبات فزع أو هلع
Panic disorder	اضطرابات الهلع
Papez's circuit	دائرة بابيز
Paracentral Lobule	الفصيص قرب المركزي
Paradoxical intention	النيه المتناقضه ظاهرياً
Parahippocampal gyrus	التلفيفه الجانبية لقرن أمون
Paralysis	شلل
Paranoia	بارانويا
Paraphilias	شذوذ جنسي
Paraplegia	شلل نصفي

Parastraite region	منطقة شبه محززه
Paraventricuar	نواه بطينيه جانبيه
Paresis	خذل
Parietal	جداري
Parieta Lobes	الفصوص الجداريه
Parieto-Occipito temporal area	منطقة صدغية جدارية – قذاليه
Parieto-Occipital fissure	الشق الجداري القذالي
Parkinson's disease	مرض باركنسون
Parolfactory area	المنطقة المحاذية للشميه
Participant modeling	النمذجه بالمشاركه
Parxis	البراكسيا
Patient-Centred	التمركز حول المريض
Penile prostheses	قضيب تعويضي
Penile ring	الحلقه القضيبه
Penzodiazepines	مهدئات أو مطمئنات
Perceptual	ادراكيه
Performance	أداء
Performer	صاحب الأداء
Persisxtant vegetative	تبلد مقاوم
Personalization depersonalization	التشخص – إنعدام التشخص
Personhood	شخصنه
Phonemes	وحدات لفظية صغري
Photople thysmograph	رسام الامتلاء الدموي التصويري
Phylogenetically order	التطور السلالي
Piamatter	الام الحنون
Pituitary	الغدة النخامية
Placebo	عقار زائف
Planned behaviour	سلوك مخطط
Plasticity of Function	مرونة او لدونه الوظيفة
Point Localisation	تحديد موضع النقطة
Pons	القنطرة
Positive addiction	ادمان ايجابي
Positive Reinforcement	تعزيز إيجابي
Positron emission	الرسم بالبث البوزيتروني
Post Central gyras	التلفيفة خلف المركزيه
Post rehabilitation	التأهيل التالي

Posterior	خلفي
Post-traumatic Strees disorder (PTSD)	اضطرابات ضغوط مابعد الصدق
Post-traumatic amnesia	فقدان الذاكره التالي للصدمه
Posture	هيئة
Post-Viral disability	وهن ناتج عن الاصابة بفيروس
Pre contemplation	ماقبل الاعتزام
Precentral gyrus	التلفيفه قبل المركزية
Precuneus	وتديه
Prefontal cortex	اللحاء قبل الجبهي
Prefrontal region	المنطقة قبل الجبهية
Pre-morbid	قبل المرض
Premature ejaculation	سرعة القذف
Pre-optic	قبل البصريه
Preystraite region	قبل المحززه
Pricipale Componants	المكونات الاساسية
Primary	اولي
Primary cotical zones	المناطق اللحائية الاوليه
Primary nucleus	النويات الاوليه
Primaryor nuclear	منطقه اوليه أو ذريه
Prinary	اوليا
Pproblem-Solving	حل المشكلات
Prodromal Symptomology	تقدير النذر المرضية المبكره
Product moment correlation	معامل ارتباط العزوم
Profile	مخطط
Profound anterograde amnesia	الفقدان العميق للذاكره اللاحقة
Progressive relaxation	الاسترخاء المتدرج
Progressive muscular relaxation	إسترخاء عضلي متدرج
Prompting	تنبيه
Prosody	افات النظم الشعري
Prospagnosia	عمه معرفه الوجوه
Prototype	نموذج
Proximal	قريب
Pseudo	زائف
Pseudodementia	عته زائف
Psycho-motor Speed	سرعه نفسيه حركيه
Psycho physiological	نفسي فسيولوجي

Psycho therapy	العلاج النفسي
Psychoactive drugs	العقاقير ذات التأثير النفسي
Psychoanayis	التحليل النفسي
Psychodrama	السيكودراما
Psychodynamic	اليناميات النفسية
Psychological Medicine	الطب النفسي
Psychologica treatment	العلاج السيكولوجي
Psychopathology	الحالة النفسية المرضية
Psychosurgery	الجراحه النفسيه
Psychotherapy	العلاج النفسي
Psychotic	ذهاني
Pulvinar	المحدبة
Pure word blindness	عمي قاصر علي الكلمات
Putamen	النواه العدسيه

(Q)

Qallbladér discases	المراره
Quality assureance system	جودة نظام السلامة
Quartz system	نظام الكوارتز
Quasi-sensitisation	الحساسية الظاهرية
Quasi-Spatial synthesis	التركيب شبه المكاني (أو الخيري)

(R)

Rambling	التوهان
Rapid eye movement (REM)	حركة العين السريعة
Rational emotive Therapy	العلاج الوجداني العقلاني
Rational hospital psychiatry	طب نفسي المستشفيات العقلاني
Raven progressive Matrices	المصفوفات المتدرجة لريفن
Readability	مقروئية
Reality orientation	التكيف مع الواقع
Reasoned action	السلوك المبرر
Receptive	استقبالى
Receptive aphasia	الحبسه الاستقباليه
RecurrentCoronary prevention project	مشروع الوقايه الدوريه من أمراض القلب
Recurrent nightmares	الكوابيس المتكرره
Recactive	استجابي
Reflective listening	التأمل الروجرزي
Regression analysis	تحليل الانحدار

Rehearsal	الأداء التدريبي
Reheumatoidd arthritis	التهاب المفاصل
Reinforcer	مدعم أو معزز
Relapse	الانتكاس
Relapse prevention program	برنامج الوقاية من الانتكاس
Reminiscence therapy	العلاج باستعادة الذكريات
Repression equations	معادلات انحدار
Research Diagnostic criteria	محكات التشخيص البحثيه
Residuals	تأثيرات متبقية
Resources	موارد
Response prevention	منع الاستجابة
Responsiveness	استجابية
Restriction	تقييد
Restrictive anorexia	فقدان الشهية التقييدي
Retarded ejacutation	القذف المتأخر
Retina	الشبكيه
Retrograd ejaculation	قذف تقهقري
Retrograde amnesia	فقد الذاكره السابقة
Reversal	نظام عكس
Revolving door model	نموذج « الباب الدوار»
Rewind technique	اسلوب استرجاعي
Rey figure	أشكال راي
Rogerian stance	التعاطف الوجودي لدى روجرز
Rolandic area	منطقة رولند
Rolandic cortex sensorimotor rhythm to control seizures	عائد الايقاع اللحائي الرولندي الحسي الحركي للتحكم في النوبات المفاجئة
Rostral	منقاري

(S)

Sadomasochis	الساديه - المازوكيه
Safe sex	الجنس الأمن
Sampling errors	أخطاء التعيين
Schema avoidance	منظومه تجنب
Schizophrenia	الفصام
Sclerosis	تصلب
Scotmas	عتمات (عمى فى المجال البصرى الأيمن أو الأيسر)
Self-sessions	الجلسات الشخصيه
Secondary	ثانوي

Secondary appraisal	التقدير الثانوي
Secondary Zone	منطقة ثانويه
Seguin-Godard forbad	لوحة اشكال سيجوين – جودارد
Selective optimization	الانتخابيه المثلي
Self esteem	تقدير الذات
Self-help	المساعده الذاتيه
Self-monitoring	ملاحظة الذات
Self- Stimutation	استثاره ذاتيه
Self-talk	حديث تلقائي
Self-managment program	برنامج للإدارة الذاتيه
Self-control training	التدريب علي التحكم الذاتي
Self-efficacy	الفعاليه الشخصيه
Self-help manual	دليل المساعدة الذاتيه
Self-hypnosis	التنويم الذاتي
Self-instructional training	طريقة التعلم الذاتي
Self - onitoring	مراقبة الذات
Self-Sitmulation	تنبيه ذاتي
Semantic	مشكلات دلالي
Semmes Locomotor map	خريطة سيمز الحركية
Seniity	العته
Sensory aphasia	الحبسه الحسيه
Sensory depriviation	الحرمان الحسي
Serotonin	حمض السيروتونين
Sexua arousal	الاثاره الجنسية
Sexua aversion	نفور جنسي
Sexual deviation	الانحراف الجنسي
Sexual deviation or paraphilias	الانحراف أو الشذوذ الجنسي
Sexual dysfunction	اختلال الوظائف الجنسيه
Sexual inhibition	الكف الجنسي
Sexual offender	انتهاك جنسي
Shalow	سطحي
Shaping	تشكيل
Shock boxes	صناديق صادمه
Simultanosia	عمه المجموعات أو التكوينات
Simutanagnosia	عمه لا ادريه
Single-case experimental investigation	بحوث أو تجارب الحالة المفردة

Single-photon emission	الرسم بالوحدات الضوئيه
Sipportive chat	الحديث التدعيمي
Sleep assessment device (SAD)	اداه لتقييم النوم
Snoring	الشخير
Social -Cognitive Skills and processes	المهارات والعمليات الاجتماعيه المعرفيه
Social -skills training (SST)	التدريب علي المهارات الإجتماعيه
Social desirability	المرغوبيه الاجتماعية
Social information Processing models	نماذج تداول المعلومات الاجتماعيه
Somato Sensory information	المعلومات الحسيه الجسميه
Somatosensory discrimination	التمييز الحسي الجسمي
Spectatoring	المشاهده
Spinal Card	العمود الفقري
Spinal accessory	الحبل الشوكي
Spouse aided therapy	علاج بمساعدة الطرف الاخر
Squeeze technique	اسلوب الضغط
Standard error	خطأ معياري
Start-Stop method	طريقة البدء والتوقف
Stereotyped behaviour	سلوك نمطي
Stimlus Control	التحكم في المنبه
Stimulus control techniques	أساليب التحكم في المنبه
Stigma	وصمة
Strees-inculation	التطعيم ضد الضغوط
Stroke	الجلطة المخية
Structural and Strategic therapies	اساليب العلاج البنيوية والاستراتيجية
Structures	التكوينات
Subcrtical	تحت اللحائيه
Subcortical Structures	تكوينات تحت القشريه
Subcorticals	لحائين فرعيين
Sub-Scapular	لوح الكتف
Substantia nigra	الماده السوداء
Subthalamic nuclei	النويات تحت اللحائيه
Sucrose	السكاروز (السكر)
Sulci	اخادير
Sulcus	اخدود
Superior	علوي
Superior colliculus	الحدبه التوأميه العليا

Superior parital Lobue	الفصيص الجداري الاعلي
Support	مسانده
Supportive expressive therapy	العلاج التدعيمي التعبيري
Supra-illiac	فوق الحرقفيه
Suprooptic	فوق بصريه
Survey of heterosexual Interactions	مسح التفاعلات الجنسيه الغيريه
Sylvian fissure	شق سلفيوس
Symptom mangement approach	منحي تدبر الاعراض
Systmatic desensitisation	التسكين المنظم
Systems theory approaches	مناحي نظرية النظم

(T)

Tactually	معروضه لمسية
Tardive dyskinesia	اختلال البطء الحركي
Task-analysis	تحليل مهام
Tectopulivnar system	النظام المحدب للمهاد البصري
Tegmentum	الغشاء
Temporal	صدغي
Temporal lobe epilepsy	صرع الفص الصدغي
Temporal lobes	الفصوص الصدغيه
Temporal memory	الذاكره اللحظيه (قصيره الامد)
Terminal drop	انهيار نهائي
Terminology	مصطلحات
Tertiary visual cortey	الثلثيه البصريه اللحائيه
Tertiary Zone	منطقه ثلاثيه
Testiculer self-examination (TSE)	الفحص الذاتي للخصيه
Testosterone	اليتستوسيترون
Thalamus	المهاد
Theraputic community programs	برامج العلاج المجتمعية
Clifton assessment procedures for Elderly,	اجراءات كليفتون لتقييم المسنين
Marital Conflict form	استمارة الصراع الزواجي
Marital Interaction coding system	نظام تصنيف العلاقات الزوجية
Treatment outcome prospective study (TOPS)	دراسه توقعات النتائج العلاجيه
Thin	نحيل
Third ventricles	البطين الثالث
Thought-sampling	عينة الأفكار
Thought-broadcasting	إذاعة الافكار

Time sampling	عينة زمنية
Time-out	إبعاد
Tokens	الرموز
Token economy	المكافآت الرمزية
Tomography (PET)	الرسم المقطعي
Touch-sensitivescreen	شاشة حساسه للمس
Transcortical	عبر لحائيه
Transsexualism	تبديل جنسي
Transvestic fetichism	تبديل الزي الفتشى
Transvestism	ارتداء ملابس الجنس الاخر
Trauma desenesitisation	تسكين الصدمه
Traumatic amnesia	فقدان الذاكره الصدمي
Treatment matching	التطابق العلاجي
Treatment socialization	التطبيع العلاجي
Triceps	مؤخرة العضد
Trigeminal	ثلاثي التوائم
Triglyceride	مستوي الدهون
Trochlear	جمجمي
Tumours	أورام
Slenderness	رشاقة القوام

(U)

Unconsciouness	لا وعي
Uncotrolled	غير المضبوطه
Uncus	التلفيفه الخطافيه
Under protection	قصور حمايه
Unilateral Limp apraxia	عمه الأطراف أحُادى الجانب
Unilateral neglect	الاهمال الطرفي الاحادي
Unilateraly	طرفي

(V)

Vacuum devices	الادوات المفرغة
Vaginal Lubrication	افراز السائل الملين للاحتكاك أثناء الجماع
Vaginismus	انقباض مهبلى
Vagus	العصب الحائر او العصب التائه
Validity therapy	العلاج الفعال
Variation	التنوع
Ventral	بطني
	البطين

Ventricle	
Ventricles	بطينات المخ
Ventromedia	البطنيه الوسيطيه
Vibrator	هزاز
Viscera	عضلات العنق والاحشاء
Visual-Spatial agnosia	العمه البصري المكاني
Visual field analyser	محلل للمجال البصري
Visua modality	الوسائط البصريه
Visual object agnosia	عمي ابصار الاشياء
Visual span	مدي الرؤيه

(W)

Wernike's aphasia	حبسه فيرنكه
White matter	الماده البيضاء
Word-redaing ability	القدره علي قراءه الكلمات
Worthiness	جداره

(X)

Exposure	التعرض

هذا الكتاب

يعد كتاب «مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين» إضافة حقيقية ثرية لمجال التخصص فى المكتبة العربية فهو من الكتب النادرة التى تقدم منظوراً شاملاً للمجال يتضمن المناحى المختلفة التى امتدت لها الاهتمامات الإكلينيكية المعاصرة فى علم النفس. وتقوم خطة الكتاب على تقديم مراجعة نقدية لمجالى البحوث والعلاج لكل إضطراب يتناوله، مثل الفصام والاكتئاب، وإضطراب الوسواس القهرى، أو إضطرابات الأكل والنوم، مخصصاً لكل إضطراب فصلاً لمراجعة المجال البحثى يليه فصل لمراجعة الإسهامات الحديثة فى العلاج، بالإضافة إلى امتداده إلى مجالات أخرى اتسع لها علم النفس الإكلينيكى، مثل تأهيل المسنين والفحوص النفسية العصبية، والاختلالات الجنسية، وإدمان المخدرات وعلم نفس الصحة، وعلم النفس الشرعى، ومناهج البحث فى علم النفس الإكلينيكى، وتجارب الحالة المفردة فى علم النفس العصبى. ولا يسهل هنا تقديم إحاطة شاملة لاهتمامات الكتاب التى تشغل أربعين فصلاً على امتداد حوالى ١٠٠٠ صفحة.

وتذكر مجلة العلاج السلوكى والطب النفسى التجريبى "Journal of Behovioral Therapy and Experimental Psychiaty" فى تقييمها لهذا الكتاب أنه حظى بمكانه اللائق مرجعاً للمعالجين السلوكيين. ولا شك أن ذلك يرجع فى حقيقة الأمر إلى المجالات العديدة التى يعالجها بهذا القدر من العمق والشمول بما يُعد إسهاماً هاماً فى علم النفس الإكلينيكى.

الناشر